



Año 1917

N. 3379

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

GRANULOMA VENÉREO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

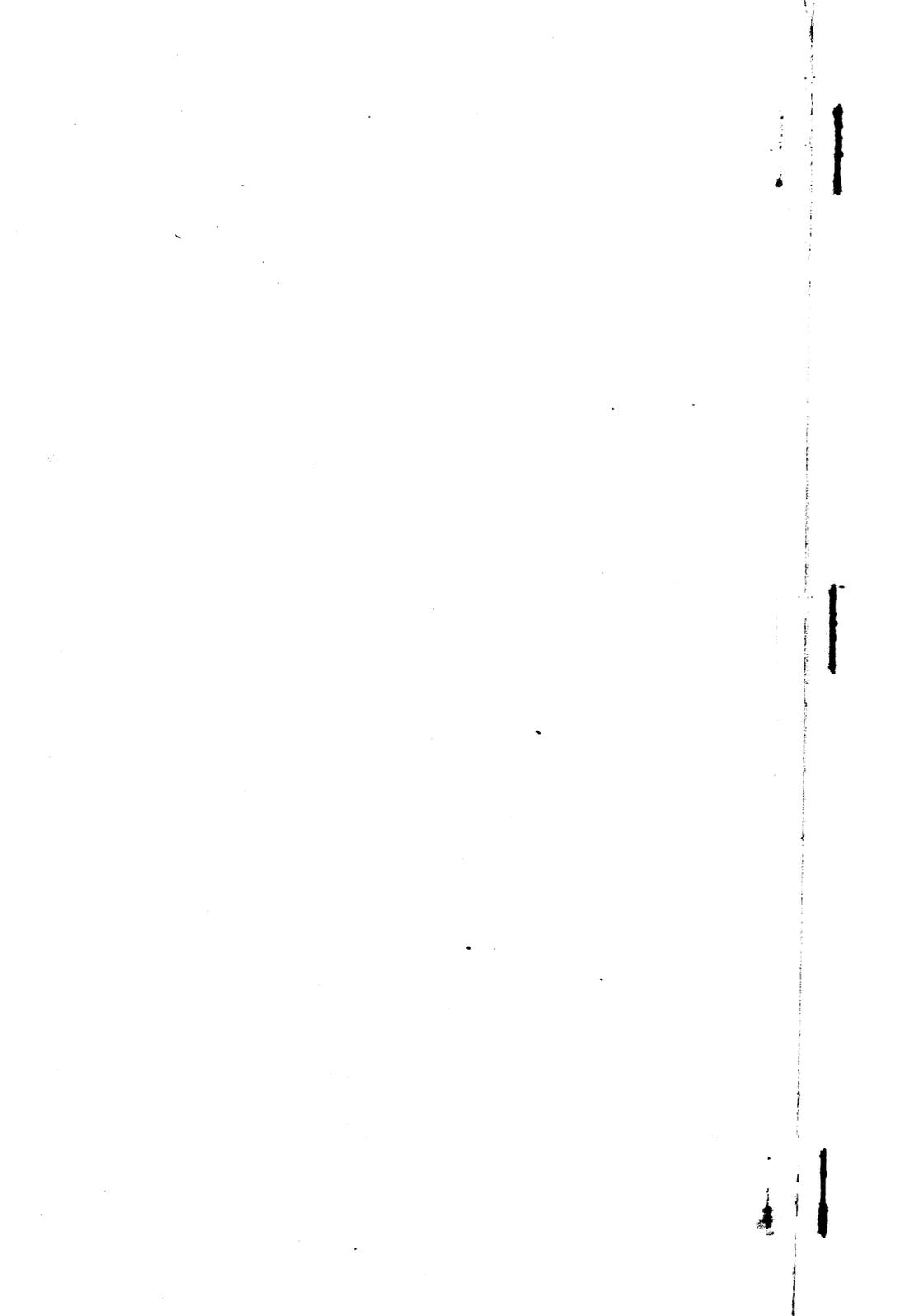
POR

HÉCTOR P. COLLAZO



BUENOS AIRES
IMP. BOSSIO & BIGLIANI — CORRIENTES 3151
1917

Collazo H.P. 3379



GRANULOMA VENÉREO



Año 1917

N. 3379

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

GRANULOMA VENÉREO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

HÉCTOR P. COLLAZO



BUENOS AIRES
IMP. BOSSIO & BIGLIANI - CORRIENTES 3151
1917

Alba
1917

La Facultad no se hace solidaria de las
opiniones vertidas en las tesis.

Artículo 162 del R. de la Facultad.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. DOMINGO CABRED

Vice-Presidente

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

Miembros Titulares

1. DR. D. EUFEMIO UBALLES
2. » » PEDRO N. ARATA
3. » » ROBERTO WEINICKE
4. » » JOSÉ PENNA
5. » » LUIS GÜEMES
6. » » ELISEO CANTÓN
7. » » ANTONIO C. GANDOLFO
8. » » ENRIQUE BAZTERRICA
9. » » DANIEL J. CRANWELL
10. » » HORACIO G. PIÑERO
11. » » JUAN A. BOERI
12. » » ANGEL GALLARDO
13. » » CARLOS MALBRÁN
14. » » M. HERRERA VEGAS
15. » » ANGEL M. CENTENO
16. » » FRANCISCO A. SICARDI
17. » » DIÓGENES DECOUD
18. » » BALDOMERO SOMMER
19. » » DESIDERIO F. DAVEL
20. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO
21. » » DOMINGO CABRED
22. » » ABEL AYERZA
23. » » EDUARDO OBEJERO
24. » » PEDRO BENEDIT

Secretario General

DR. D. MARCELINO HERRERA VEGAS

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMACO SUSSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINTO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO WIDAL
5. » » ALOYSIO DE CASTRO
6. » » CARLOS CHAGAS
7. » » MIGUEL DE OLIVEIRA COUTO



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice Decano

DR. D. CARLOS MALBRÁN

Consejeros

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

- » » ELISEO CANTÓN
- » » ANGEL M. CENTENO
- » » DOMINGO CABRED
- » » MARCIAL V. QUIROGA
- » » JOSÉ ARCE
- » » EUFEMIO UBALLES (con lic.)
- » » DANIEL J. CRANWELL
- » » CARLOS MALBRÁN
- » » JOSÉ F. MOLINARI
- » » MIGUEL PUIGGARI
- » » ANTONIO C. GANDOLFO (suplente)
- » » FANOR VELARDE
- » » IGNACIO ALLENDE
- » » MARCELO VIÑAS
- » » PASCUAL PALMA

Secretarios

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA

- » » JUAN A. GABASTOU



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

- » JUVENCIO Z. ARCE
- » PEDRO N. ARATA
- » FRANCISCO DE VEYGA
- » ELISEO CANTÓN
- » JUAN A. BOERI
- » FRANCISCO A. SICARDI

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	» LUCIO DURANOÑA
	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva	» RICARDO SARMIENTO LASPIUR
	» JOAQUÍN LÓPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología	» CARLOS MALBRÁN
Química Médica y Biológica .	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada.....	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos	» GREGORIO ARÁOZ ALFARO
	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica	» AVELINO GUTIÉRREZ
Anatomía Patológica	» TELÉMACO SUSSINI
Materia Médica y Terapéutica.	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Dérmato-Sifilográfica.	» BALDOMERO SOMMER
Clínica Génito-urinaria.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental.....	» JUAN B. SEÑORÁNS
Clínica Epidemiológica.....	» JOSÉ PENNA
Clínica Oto-rino-laringológica.	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Oftalmológica.....	ENRIQUE B. DEMARÍA
	» LUIS GÜEMES
» Médica.....	» LUIS AGOTE
	» IGNACIO ALLENDE
	» ABEL AYERZA
	» PASCUAL PALMA
» Quirúrgica.....	» DIÓGENES DECOUD
	» ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica.....	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZÁRATE
» Obstétrica.....	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica.....	» ENRIQUE BAZTERRA



ESCUELA DE MEDICINA

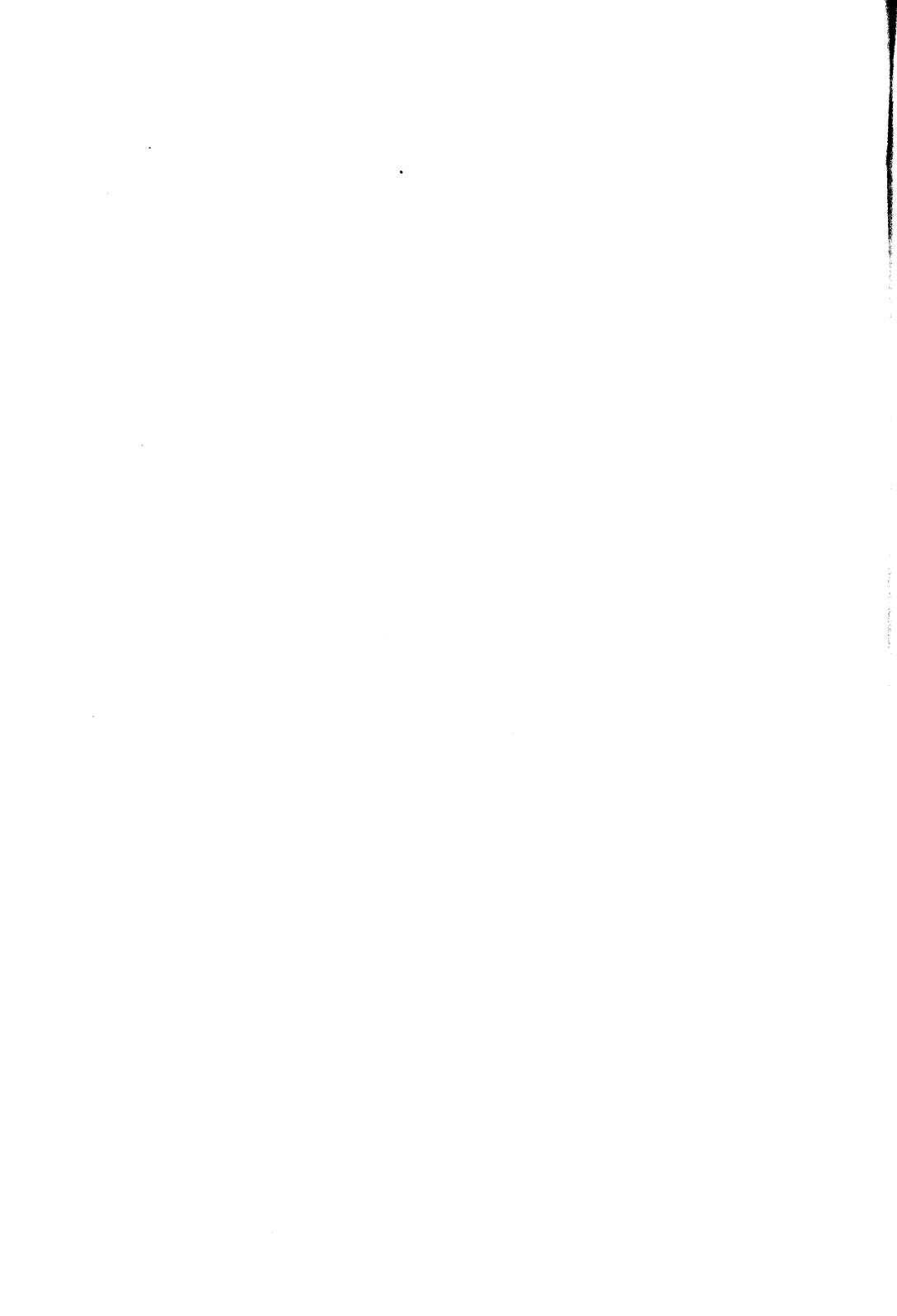
PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica.....	DR. DANIEL J. GREENWAY
Histología.....	» JULIO G. FERNÁNDEZ
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALIANO
	» JUAN CARLOS DELFINO
Bacteriología.....	» LEOPOLDO URIARTE
	» ALOIS BACHMANN
Anatomía Patológica.....	» JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica.....	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica.....	» PATRICIO FLEMING
Clínica Dermato-Sifilográfica..	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica génito-urinaria.....	» BERNARDINO MARAINI
Clínica Neurológica.....	» JOSÉ R. SEMPRÚN
Clínica Psiquiátrica.....	» MARIANO ALURRALDE
	» BENJAMÍN T. SOLARI
	» JOSÉ T. BORDA
Clínica Pediátrica.....	» ANTONIO F. PIÑERO
	» MANUEL A. SANTAS
	» FRANCISCO LLOBET
Clínica Quirúrgica.....	» MARCELINO HERRERA VEGAS
Patología Interna.....	» RICARDO COLÓN
Clínica oto-rino-laringológica..	» ELISEO V. SEGURA



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica médica.....	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología médica.....	• GUILLERMO SEEBER
Anatomía descriptiva.....	• SILVIO E. PARODI
Fisiología general y humana.....	• EUGENIO GALLI
Bacteriología.....	• JUAN JOSÉ CIRIO
Química Biológica.....	• FRANK J. SOLER
Higiene Médica.....	• BERNARDO HOUSSAY
Semiología y ejercicios clínicos.....	• RODOLFO RIVAROLA
Anatomía patológica.....	• SALVADOR MAZZA
Materia médica y terapéutica.....	• BENJAMÍN GALARCE
Medicina operatoria.....	• PELLE A. JESTO
Patología externa.....	• MANUEL V. CARBONELL
Clinica dermató-sifilográfica.....	• CARLOS BONORINO UDAONDO
» Génito urinaria.....	• ALFREDO VITÓN
» epidemiológica.....	• JOAQUÍN LLAMBIAS
» oftalmológica.....	• ANGEL H. ROFFO
» oto-rino-laringológica.....	• JOSÉ MORENO
Patología interna.....	• ENRIQUE PINOCCHIETTO
Clinica quirúrgica.....	• CARLOS ROBERTSON
» Neurológica.....	• FRANCISCO P. CASTRO
» Médica.....	• CASTELPORT LUGONES
» pediátrica.....	• ENRIQUE M. OLIVIERI
» ginecológica.....	• ALEJANDRO CEVALLOS
» obstétrica.....	• NICOLÁS V. GRECO
Medicina legal.....	• PEDRO L. BALINA
Clinica Psiquiátrica.....	• JOAQUÍN NIN POSADAS
	• FERNANDO R. TORRES
	• FRANCISCO DESTÉFANO
	• ANTONINO MARCÓ DEL PONT
	• ADOLFO SOCIETI
	• JUAN DE LA CRUZ COIRREA
	• MARTÍN CASTRO ESCALADA
	• PEDRO LABAQUE
	• LEONIDAS JORGE FACTO
	• PABLO M. BARLAHO
	• EDUARDO MARIÑO
	• JOSÉ ARCE
	• ARMANDO R. MAROTTA
	• LUIS A. TAMINI
	• MIGUEL SUSTINI
	• ROBERTO SOLÉ
	• PEDRO CHUTRO
	• JOSÉ M. JORGE (H.)
	• OSCAR COPELLO
	• JORGE LEYRO DÍAZ
	• ANTONIO F. CELESIA
	• TOMÁS B. KENNY
	• ALBERTO F. LANDIVAR
	• VICENTE DIMIRI
	• ROMULO H. CHIAPPORI
	• JUAN JOSÉ VITÓN
	• PABLO J. MORSALINE
	• RAFAEL A. BULLRICH
	• IGNACIO IMAZ
	• PEDRO ESCUDERO
	• MARIANO R. CASTEX
	• PEDRO J. GARCÍA
	• JOSÉ DESTÉFANO
	• JUAN R. GOYENA
	• JUAN JACOB O SPANGENBERG
	• MAMERTO ACUNA
	• GREGARIO SOTTO
	• PEDRO DE ELIZALDE
	• FERNANDO SCHWEIZER
	• JUAN CARLOS NAVARRO
	• JAIME SALVADOR
	• TORIBIO PICCALDO
	• CARLOS R. CIRIO
	• JULIO HERRARNE
	• OSVALDO L. BOTTARO
	• ARTURO ENRIQUEZ
	• ALBERTO PERALTA RAMOS
	• FAUSTINO J. TRONÇE
	• JUAN H. GONZÁLEZ
	• JUAN C. RISSO DOMÍNGUEZ
	• VICTORIO MONTEVERDE
	• JEAN A. GARASTOU
	• ENRIQUE A. BOERO
	• JOAQUÍN V. GRECO
	• JAVIER BRANDAN
	• ANTONIO PODESTA
	• AMABLE JONES



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas

Catedráticos titulares

Primer año:

Anatomía, Fisiología, etc.. DR. J. C. LLAMES MASSINI

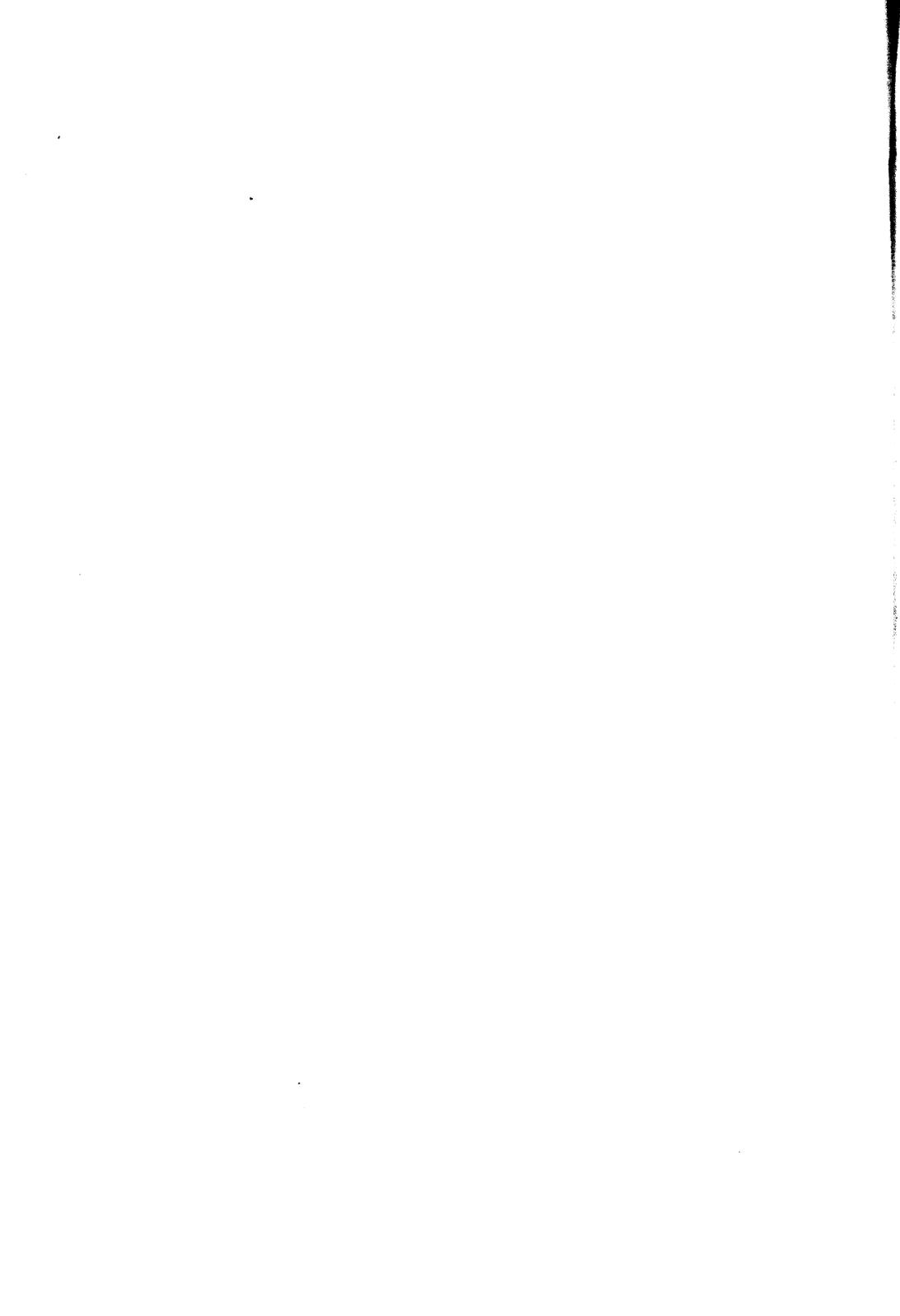
Segundo año:

Parto fisiológico..... DR. MIGUEL Z. O'FARRELL

Tercer año:

Clínica obstétrica..... DR. FANOR VELARDE

Puericultura..... DR. UBALDO FERNÁNDEZ



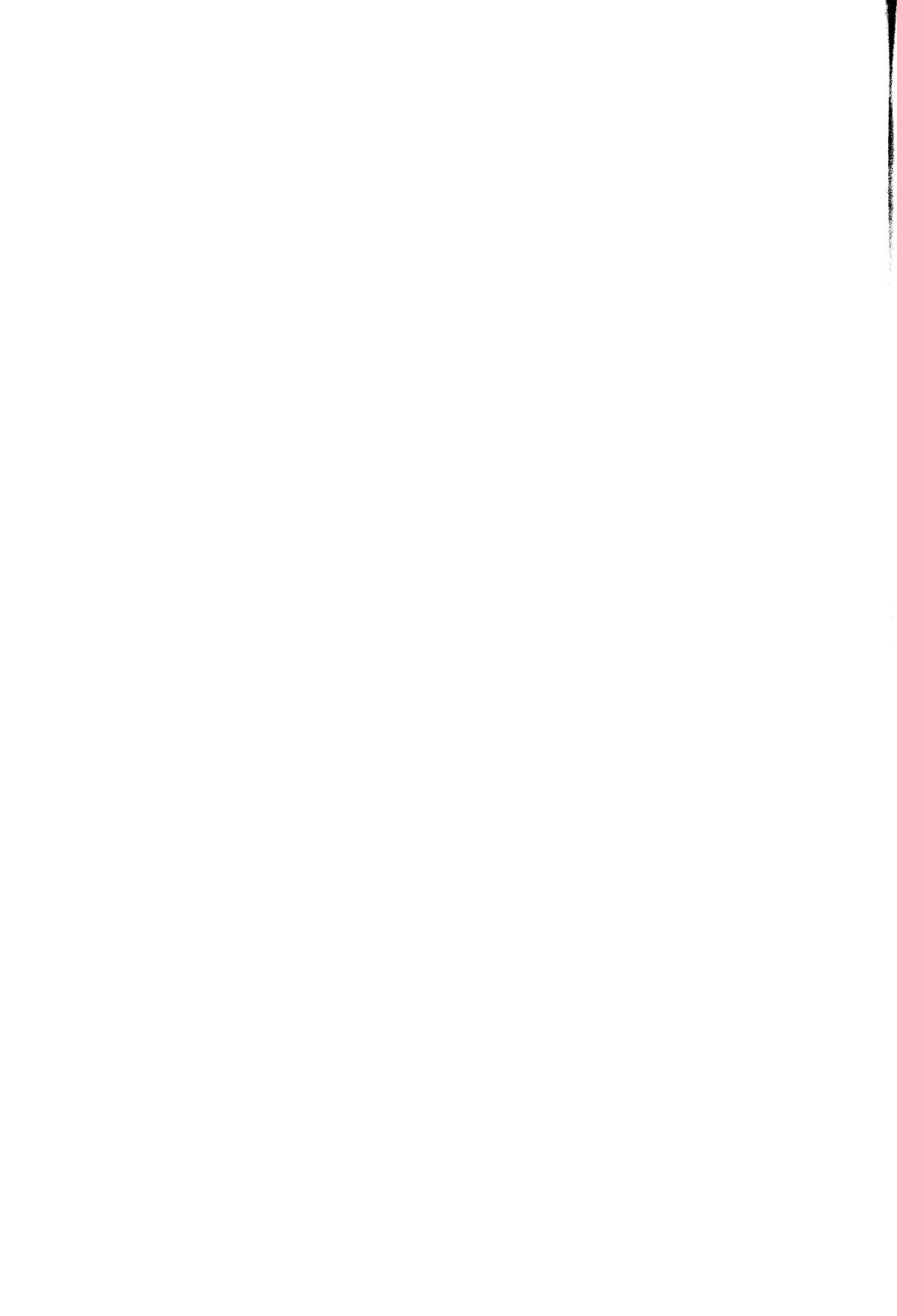
ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general. — Anatomía y Fisiología comparadas.....	Dr. ANGEL GALLARDO
Física farmacéutica.....	» JULIO J. GATTI
Química farmacéutica inorgánica...	» MIGUEL PUIGGARI
Botánica y Micrografía vegetal....	» ADOLFO MUJICA
Química farmacéutica orgánica.....	» FRANCISCO C. BARRAZA
Técnica farmacéutica (1er curso)...	» J. MANUEL IRIZAR
Higiene, Ética y Legislación.....	» RICARDO SCHATZ
Química analítica general.....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Farmacognosia especial.....	Sr. JUAN A. DOMÍNGUEZ
Técnica farmacéutica (2º. curso)...	Dr. J. MANUEL IRIZAR

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Física farmacéutica.....	Dr. TOMÁS J. RUMI
Química farmacéutica inorgánica... }	» ANGEL SABATINI
	» EMILIO M. FLORES
Técnica farmacéutica }	Sr. RICARDO ROCCATAGLIATA
	» PASCUAL CORTI
Química farmacéutica orgánica..... }	» PEDRO J. MÉSIGOS
	Dr. LUIS GUGLIALMELLI
Farmacognosia especial.....	Sr. OSCAR MIALOCK
Química analítica general	Dr. JUAN A. SÁNCHEZ

DOCTORADO EN FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Complementos de Matemáticas.....	— —
Míneralogía y Geología.....	— —
Botánica (2. Curso) Bibliografía botánica argentina.....	— —
Química analítica aplicada (Medicamentos).....	Dr. JUAN A. SÁNCHEZ (supl. en ejercicio)
Química biológica.....	» PEDRO J. PANDO
Química analítica aplicada (Bromatología).....	— —
Física general.....	— —
Bacteriología.....	» CARLOS MALBRÀN
Toxicología y Química legal... . .	» JUAN B. SEÑORÀNS



ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1.er año.....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2.º año.....	» LEÓN PEREYRA
3.er año.....	» N ETCHEPAREBORDA
Prótesis dental	SR. ANTONIO J. GUARDO

Catedráticos suplentes

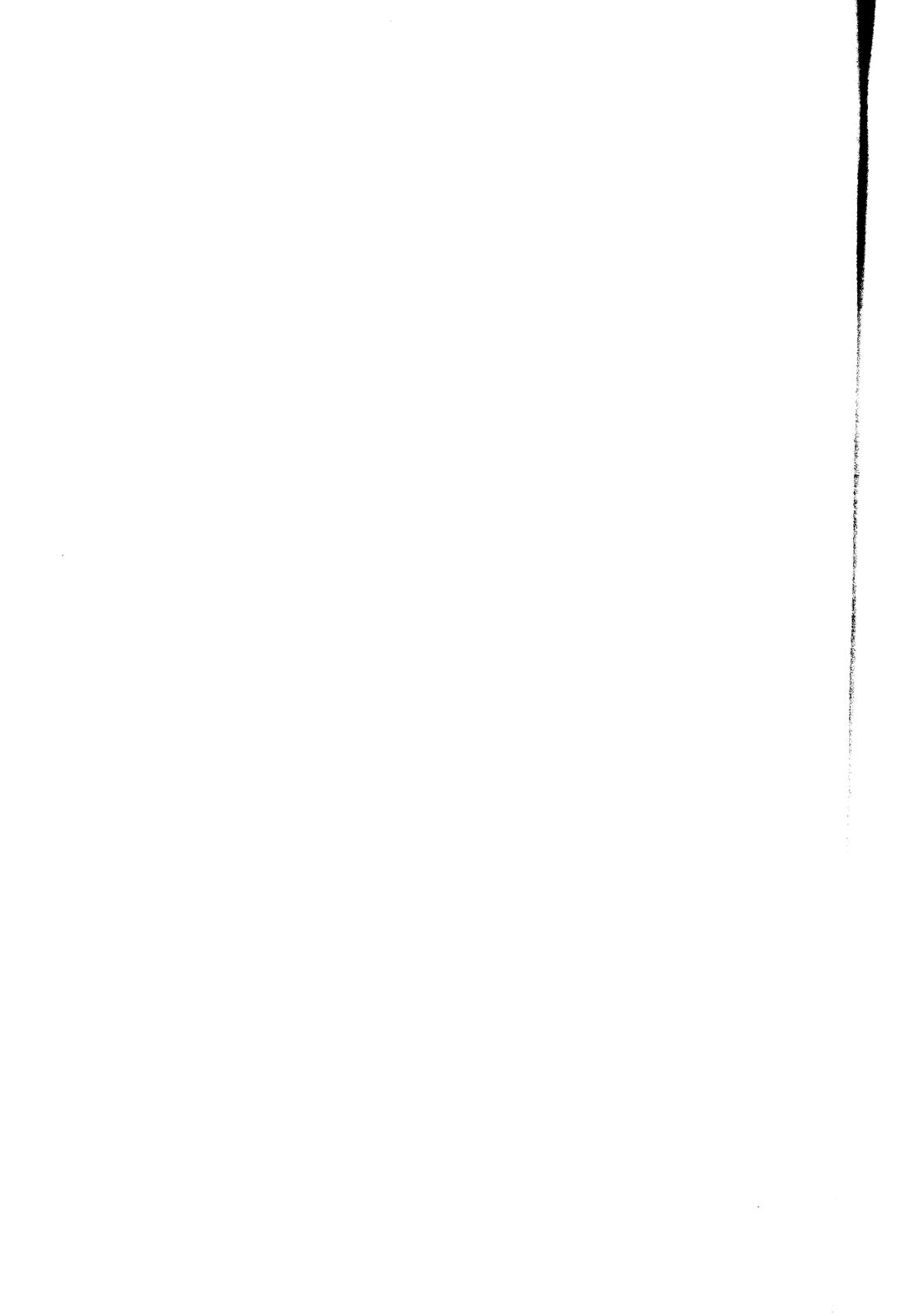
- DR. ALEJANDRO CABANNE
- » TOMÁS S. VARELA (2º año)
- SR. JUAN U. CARREA (Prótesis)
- » CIRO DURANTE AVELLANAL (1er. año)



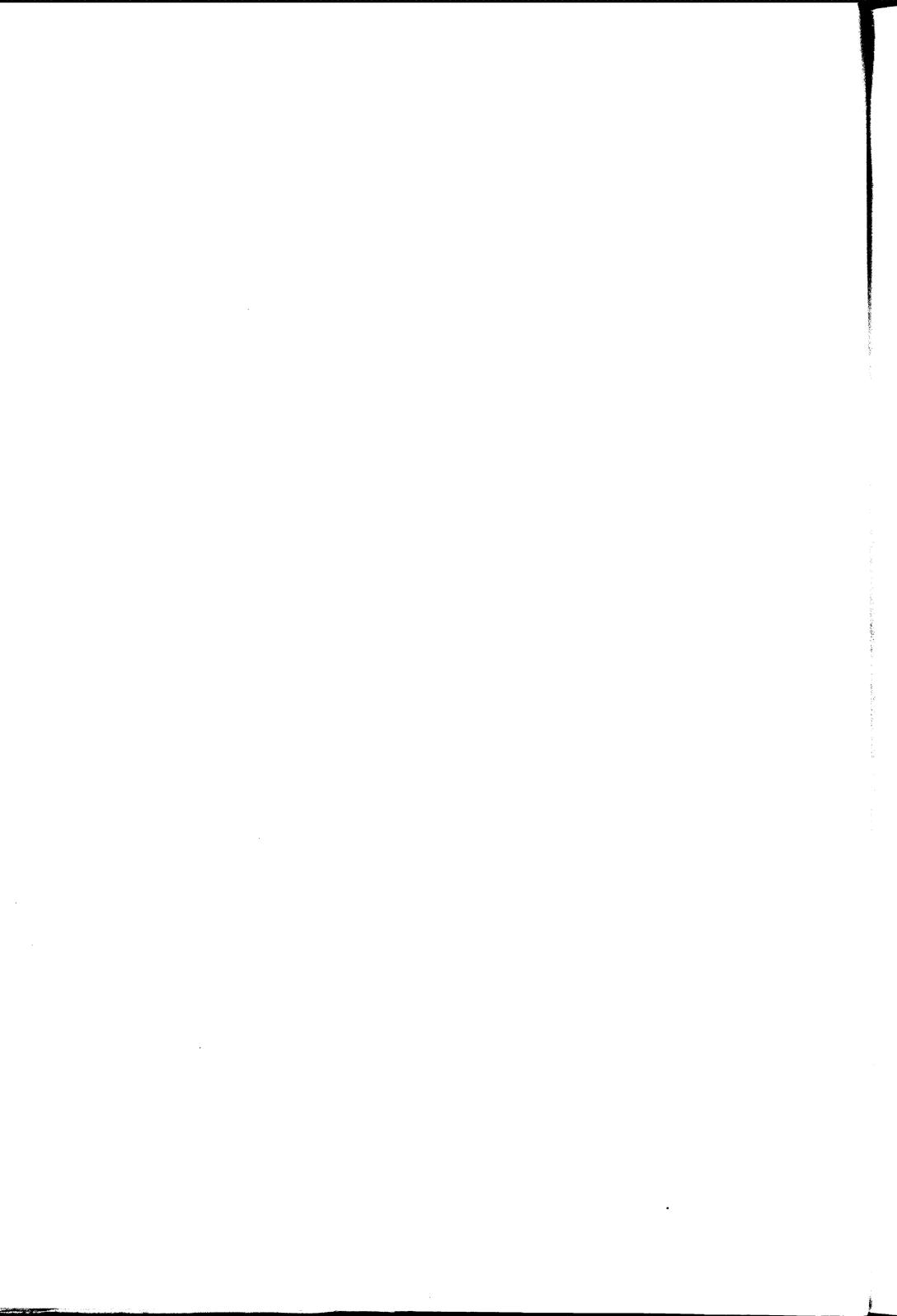
PADRINO DE TESIS:

DR. A N G E L H. R O F F O

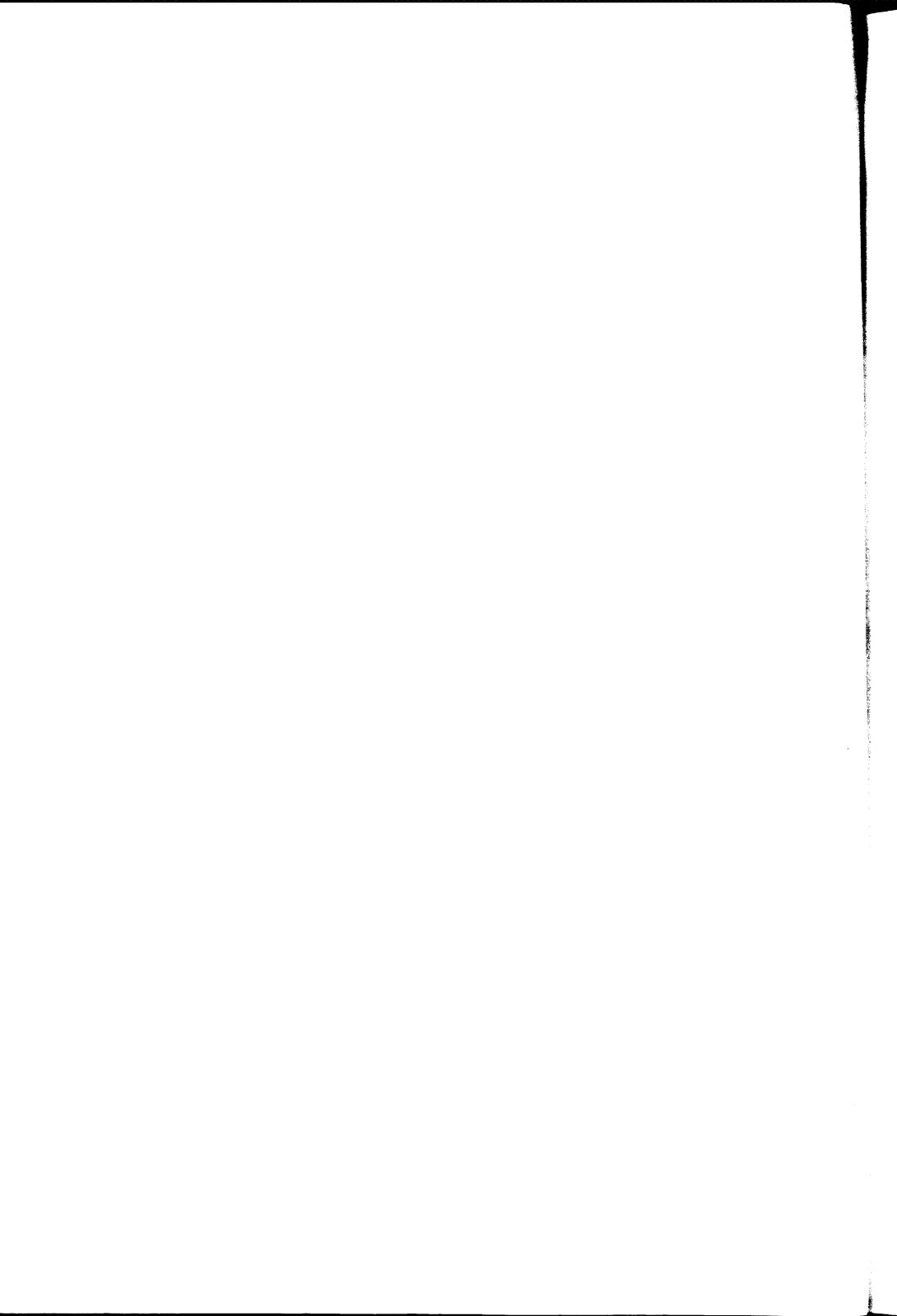
Profesor suplente de Anatomía Patológica



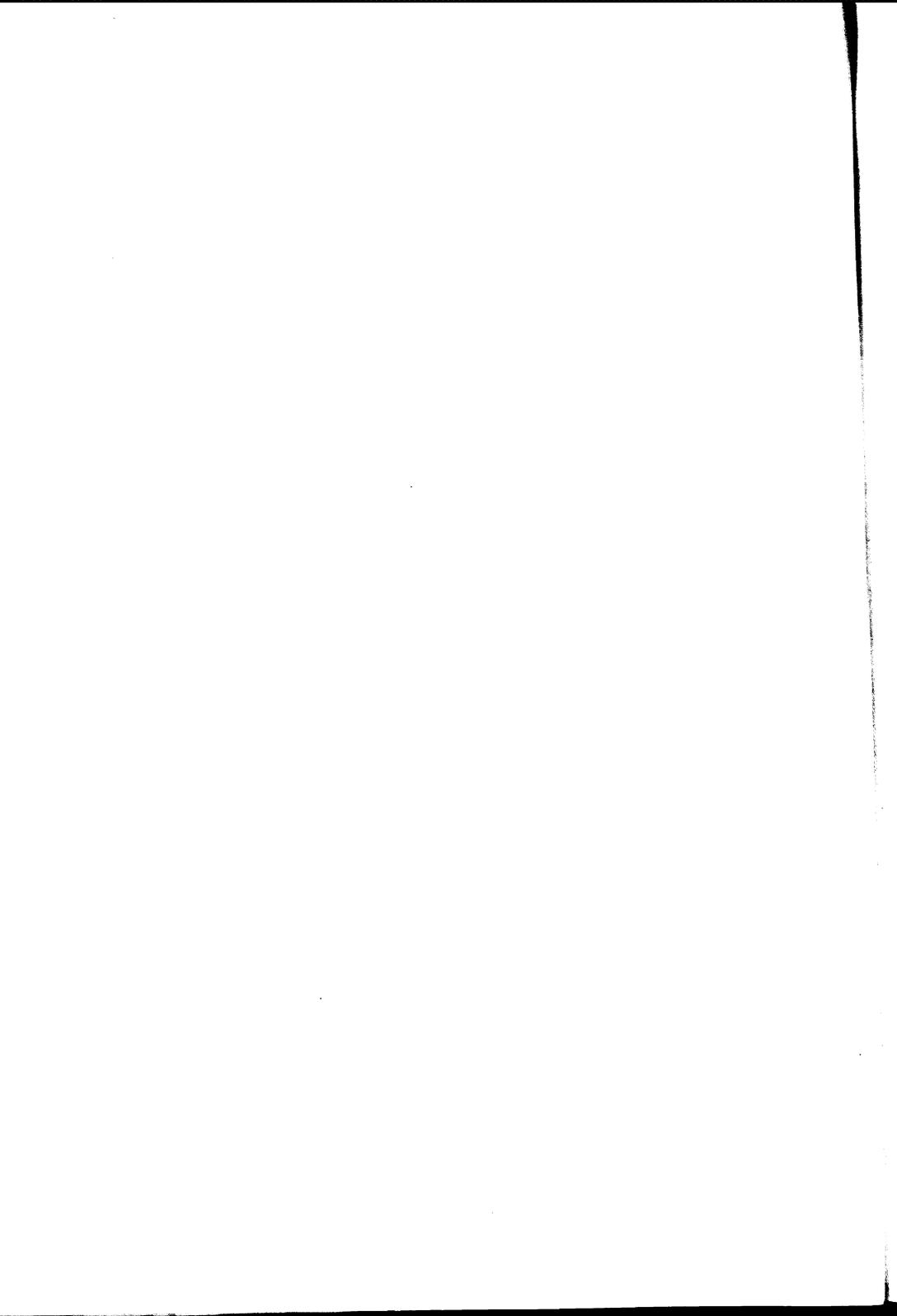
A LA MEMORIA DE MI PADRE



A MI MADRE



A MIS HERMANOS



A MIS COMPAÑEROS Y AMIGOS

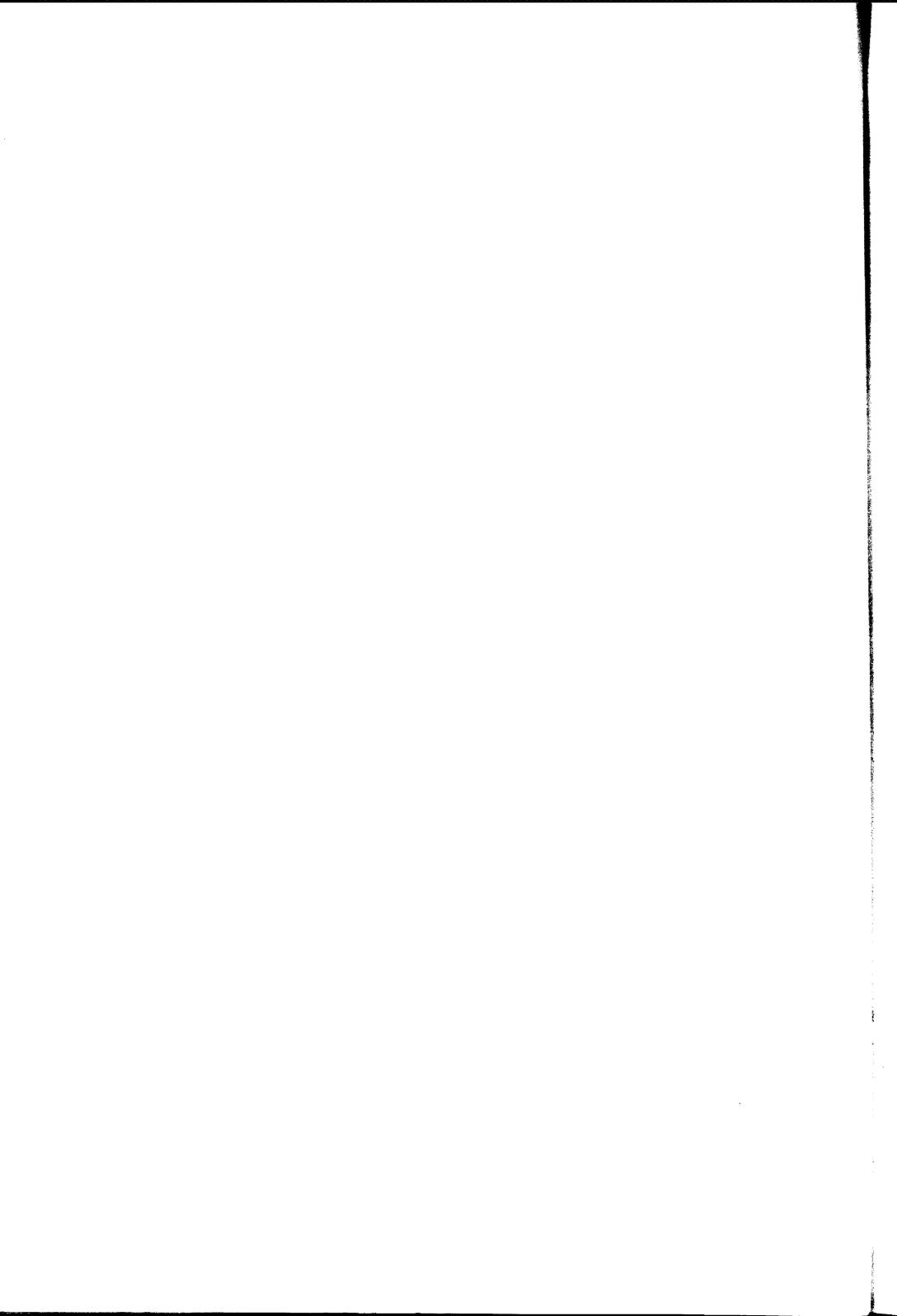
DR. AMADEO BARBARÁ

» PEDRO V. BEGARIE

» NÉSTOR MERCADO

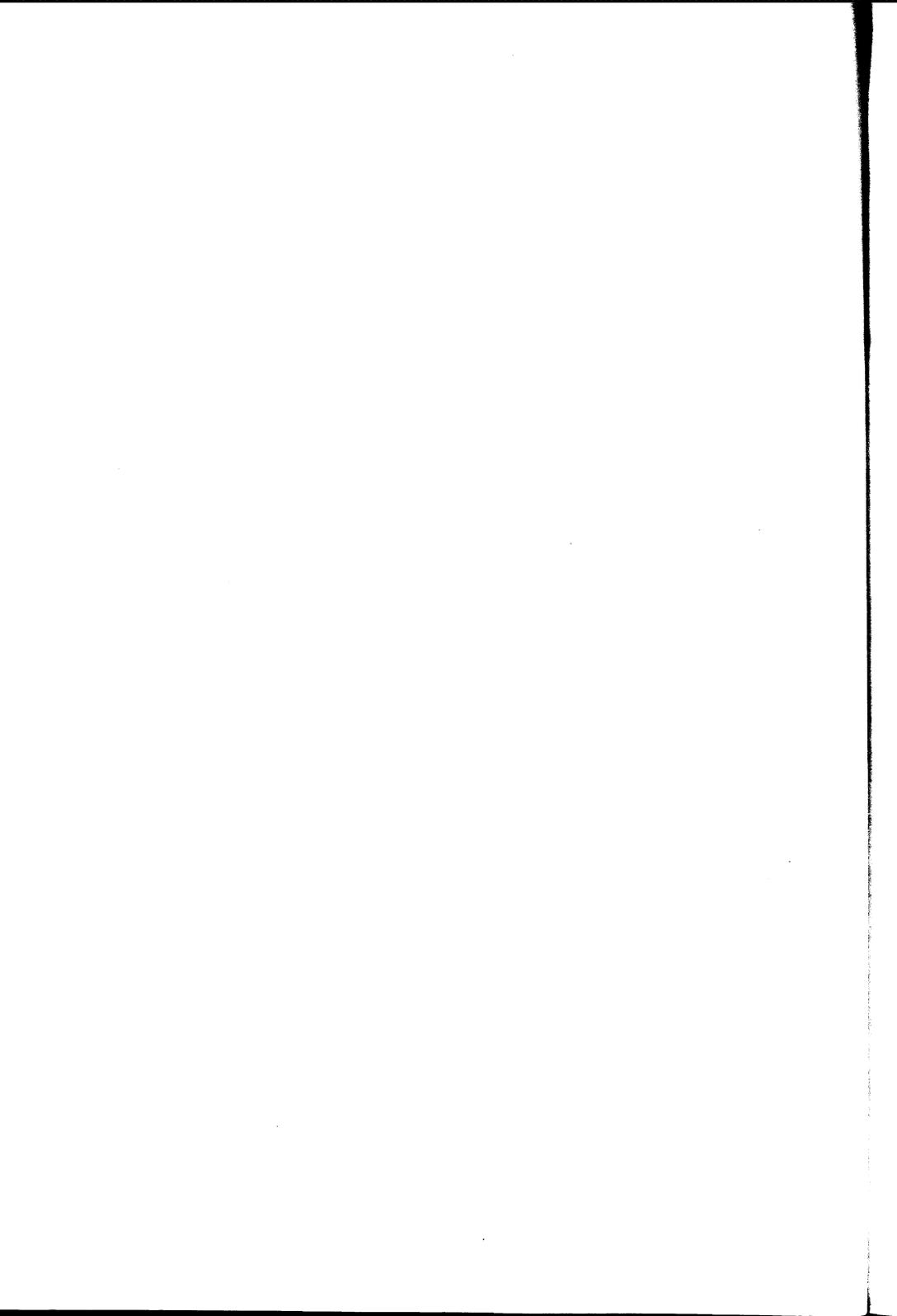
SR. ANTONIO AJA

MIS MEJORES AFECTOS



A MIS COMPAÑEROS DE HOSPITAL

A LOS MIOS



Señores Académicos :

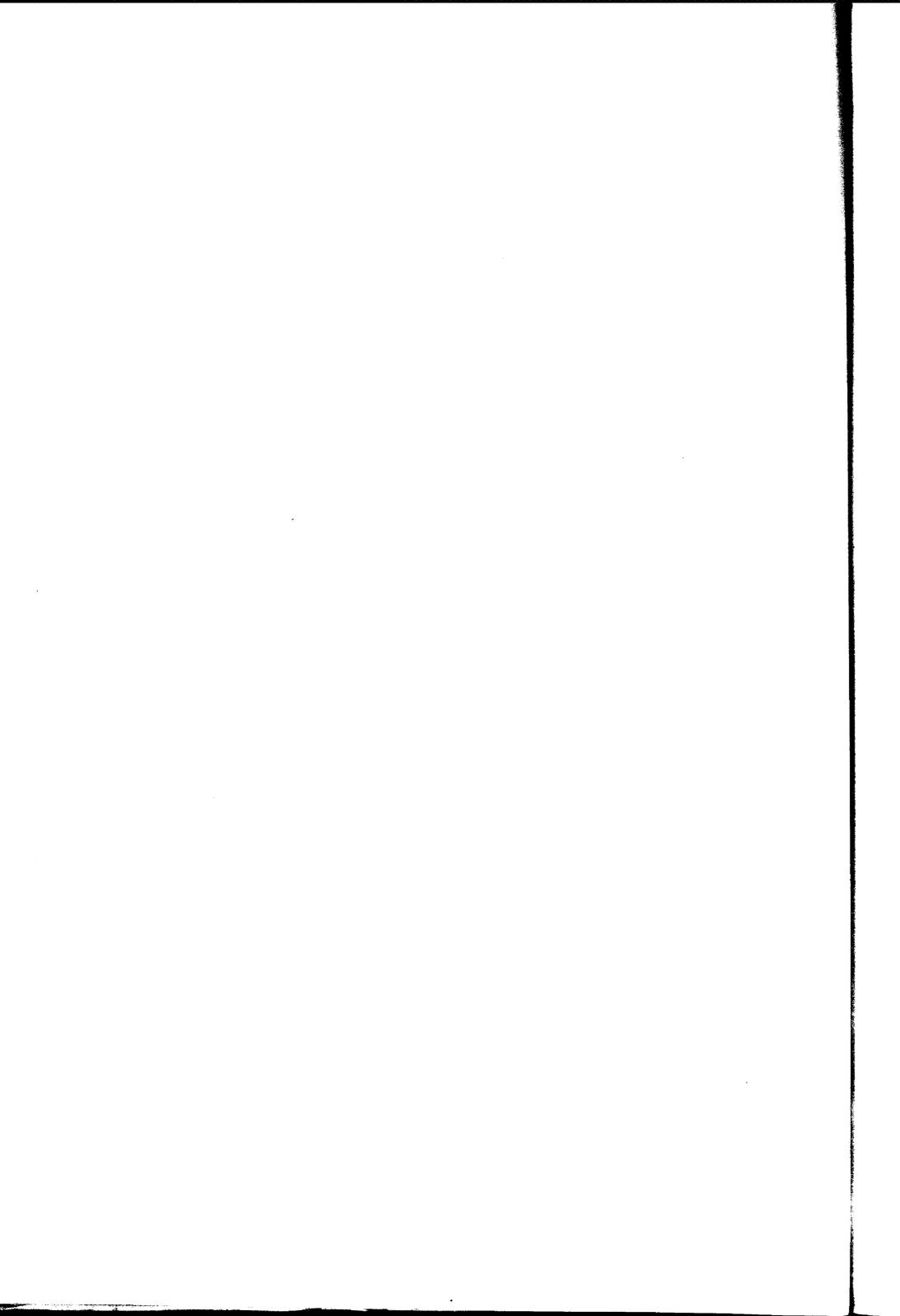
Señores Consejeros :

Señores Profesores :

Doy el paso final hacia la consagración de mis aspiraciones, sometiéndolo a vuestra consideración este trabajo, que representa el último esfuerzo de mi vida estudiantil.

En él se condensan las sabias enseñanzas de esta casa y la experiencia adquirida en la práctica de Hospital y al entregarlo su autor a vuestro veredicto, en este momento de intensa emoción, no ha podido omitir una palabra de agradecimiento para los profesores que supieron señalarle el camino de la verdad, y para sus compañeros de estudio que supieron inspirarle afectos tan sinceros como profundos, brindándole una amistad llena de nobleza y desinterés.





CAPITULO I

Granuloma venereo

Generalidades. — Esta dermatosis, que permaneció desconocida entre nosotros, atribuyéndose los pocos casos observados a afecciones diversas: sífilis, botrio micosis, actinomicosis, tuberculosis ulcerosa cutánea, fué por primera vez descubierta e individualizada en nuestro país, gracias a los pacientes estudios hechos por nuestro profesor, Doctor Angel H. Roffo, en el año 1913.

Enfermedad local e infecciosa, esencialmente contagiosa y no hereditaria, cuyas lesiones asientan en la región perineo-ano-escrotal, era conocida desde largo tiempo en la Guayana Inglesa, Islas Fidji, Nuevas Hébridas, Islas Salamón, etc., lo que hacía pensar se tratase de una enfermedad tropical y de negros, habiéndose demostrado lo contrario por varios casos perfectamente comprobados y que se enumeran en mis observaciones.

Historia.—Los primeros estudios sobre «Granuloma Venéreo» fueron hechos en la Guayana Inglesa por Conyers y Daniels, quienes lo llamaron «Groin Ulceration»; más tarde fué estudiada por Dempwolff en 1898 en Nueva Guinea; en el mismo año Maitland publicó sus trabajos en Calcuta (India). En 1899 Manson lo llamó «Ulceración Granulomatosa» de las pudendas; en los años subsiguientes Murray, Muzio, en Milán, Noiré en su Tesis de París, Mac Lennan en Londres, Salanoue, Ipin (1910), Scheube (1910). Todos estos autores en sus trabajos le daban más o menos idénticas denominaciones.

Enfermedad tenaz y resistente a todo tratamiento, aún a los más intensamente llevados; mercurio a grandes dosis, yoduro de potasio, radioterapia, salvarsan y neosalvarsan, sin que sus lesiones retrocedieran en lo más mínimo, sino que, por el contrario, se iban extendiendo paulatinamente produciéndose un padecimiento cada vez mayor a los enfermos y sumiéndolos lentamente en una caquexia progresiva, que los llevaba a la muerte. Fué pacientemente estudiada en 1912 por Aragão e Vianna en el Brasil, quienes prepararon para el tratamiento de esta afección, una vacuna de Wrigth, con resultado negativo; el año siguiente, Gaspar Viana, prosiguiendo sus estudios y teniendo en cuenta los resultados obtenidos con la quimioterapia por el tártaro emético en

la Leishmaniosis tegumentaria, aplicó este medicamento, con feliz resultado en el tratamiento de la misma.

Desde entonces los estudios se repitieron en el Brasil con numerosos casos observados, pero, entre nosotros, permanecía como una entidad mórbida enmascarada y puesta a descubierto, cábenos repetirlo, gracias a los pacientes trabajos del Doctor Roffo.

Transmisión y evolución.—Está perfectamente comprobado que la transmisión se efectúa por contacto venéreo, y, como toda enfermedad infecciosa, presenta cuatro períodos de evolución.

El primero o de incubación, es un estado completamente silencioso y en que el bacilo en latencia se desenvuelve en el organismo sin determinar lesiones aparentes y como consecuencia no puede establecerse su duración, sino en una forma aproximativa—diez o quince días desde el contacto sexual hasta el segundo período o sea de invasión—que se revela por una sensación de prurito, seguido de una vesícula-pústula, o de nódulos. Estas vesículas se ulceran dando salida a cierta serosidad clara y se transforma en una ulceración que va extendiéndose paulatinamente, constituyendo el tercer período o estacionario de la enfermedad. En este período, al lado de las zonas floridas aparecen zonas cicatriciales de las ulceraciones más antiguas.

El período cuarto o final, se caracteriza por el pasaje al estado crónico que puede conducir al individuo a la muerte, ya sea por caquexia progresiva o por infecciones intercurrentes.

El accidente inicial, que es una pústula, pápula o nódulo, se desenvuelve en el punto de entrada del germen; punto que puede ser, ya una lesión traumática (casos quirúrgicos), patológica (adenitis), o una herida abierta cualesquiera.

Esta vesícula, del tamaño de una lenteja o un poco mayor, contiene un líquido seroso; cuando es pápula de un tamaño variable sangra fácilmente, y si es un nódulo subcutáneo, se abre como un forúnculo comunicando con los nódulos vecinos por trayectos también subcutáneos. Si se puncionan o se abren quirúrgicamente, dejan escapar un líquido espeso y sanguinolento, en el que se encuentran en abundancia los microbios específicos en sus formas libres o intracelulares, de que me ocuparé más adelante.

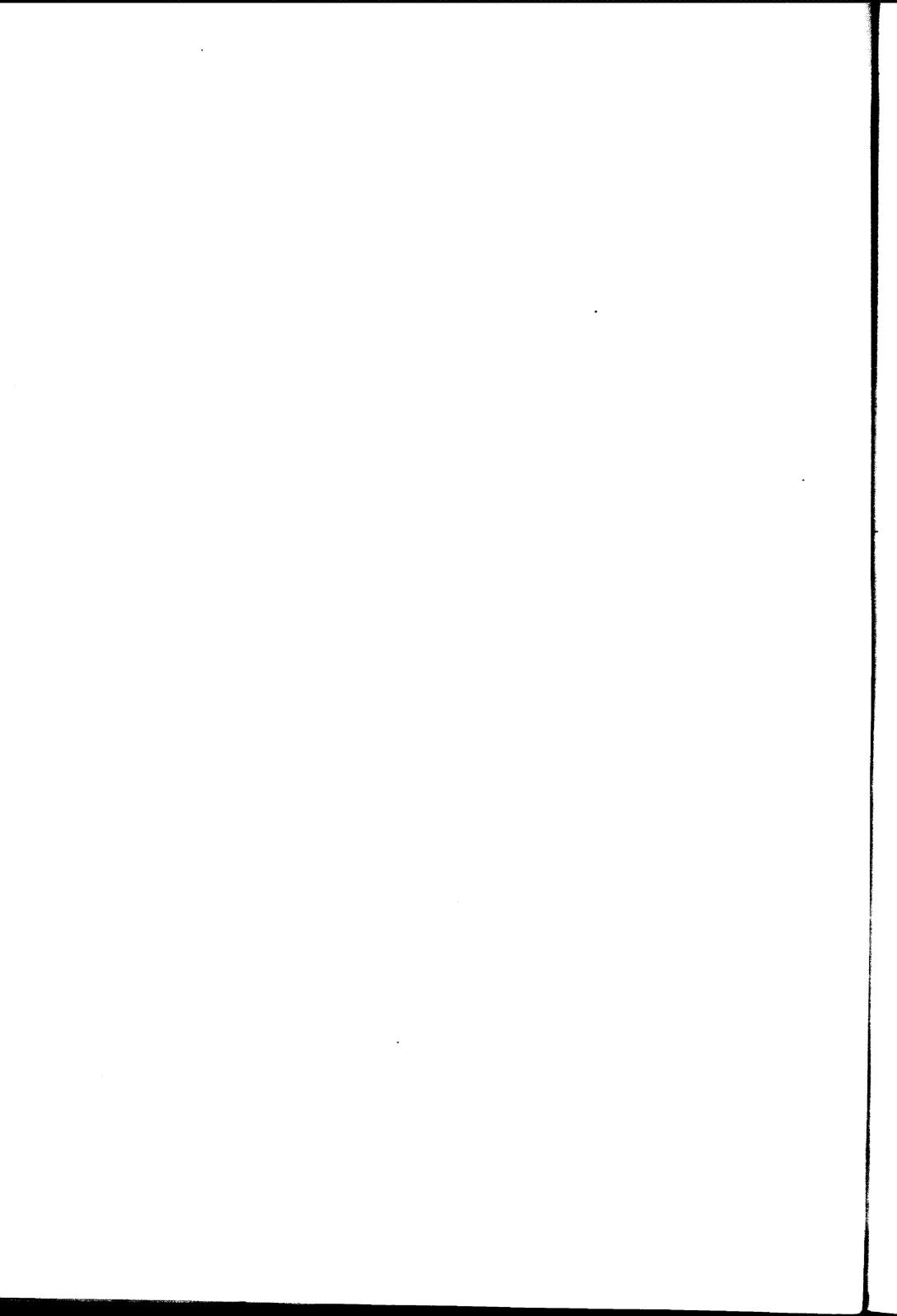
El accidente inicial aparece en el hombre generalmente en el pene, en cualquier parte de su superficie, pero es más común en el glande, en el surco balano-prepucial, o en ambos lados del frenillo, en las bolsas, o en el pubis. En la mujer, el punto inicial puede ser, ya en los grandes o pequeños labios, en la carúncula vaginal, en la vagina o en el clítoris. Tratándose de pederastas, la lesión inicial radica en el ano o proximidades

de estos puntos, y en su ciclo evolutivo la enfermedad se extiende, ya sea por continuidad o por contigüidad, (auto inoculaciones sucesivas), por el periné, región vulvar, surco génito crural, región inguinal y pubis, bolsa escrotal, región glútea y anal.

Involución o proceso regresivo.—En el ulterior decurso evolutivo del granuloma venéreo, aparecen procesos regresivos que pueden desévolverse según dos tipos: en uno son los nódulos, que después de una larga existencia, comienzan a reabsorberse, perdiendo su dureza primitiva y su volumen; la piel, de tensa que era, se torna rugosa con tendencias a exfoliarse y desaparece; en el otro, es en las úlceras, en cuyo interior aparecen islotes de tejido cicatricial, cubiertos de una piel fina y sin pigmentación, unas veces, y otras fuertemente pigmentada. Sin embargo, la duración de este tejido cicatricial es efímera, pues al poco tiempo vuelven a aparecer sobre él nuevos nódulos carnosos o úlceras, que sufren la evolución antedicha.

Podemos decir, no obstante, que la úlcera granulomatosa abandonada a sí misma, tiene escasa tendencia a la regresión y, por el contrario, subsiste largos años sin desaparecer.





CAPITULO II

Sintomatología y formas clínicas

No he de repetir la descripción de las lesiones, cosa que trataré en el capítulo de la Anatomía Patológica, para referirme únicamente a los signos objetivos y subjetivos que ellas originan.

Cuando la úlcera cuenta cierto tiempo de existencia, la secreción, constante y por momentos tan abundante que se extiende por las piernas, agregando a la molestia local, la regional, y comprometiendo grandemente la uretra, el ano, la mucosa génito urinaria y en casos más avanzados, la vejiga, el útero y hasta la cavidad abdominal, rompiendo el equilibrio orgánico y poniendo en grave riesgo la salud general. Como signo subjetivo, el prurito y el dolor suelen aparecer a veces con una intensidad moderada, y otras tan exageradamente insoportable, que postran al enfermo en un continuo padecer.

Basados en el aspecto general de las lesiones, los autores han formulado distintas clasificaciones: para algunos, como Siebert, y Flu, presenta tantas variedades como períodos evolutivos tenga la afección; Daniels, pretendía hacer tipos clínicos según las diferentes razas.

Podemos tomar como una clasificación aceptable la de Terra y Rabello, que admiten tres formas clínicas.

I.—*Una forma ulcerosa* que a su vez comprende dos tipos: el serpiginoso, en que la lesión se presenta con una úlcera plana que apenas destruye la piel, cuyo fondo presenta un tinte rojo anaranjado, sembrado de pequeños brotes carnosos que sangran con toda facilidad; otras veces esta úlcera no tiene aspecto serpiginoso y sus bordes son más elevados, es decir, la solución de continuidad más profunda. Esta última es, quizás, una de las formas benignas; la anterior, mucho más grave, puesto que tiene tendencia, no a extenderse en profundidad, sino en superficie, deja extensas zonas en que están los músculos enteramente al descubierto, presentando una fatal puerta de entrada para los microbios que producirán las infecciones secundarias.

La forma no serpiginosa con bordes elevados, asienta por lo general en el ano, y en sus márgenes cortadas a pico y cubiertas de vegetaciones

o nódulos carnosos ;la infección encuentra una barrera más poderosa.

II— *Una forma hipertrófica.*—Aquí, como en la anterior, existe el tipo serpiginoso y el no serpiginoso.

Forma hipertrófica no serpiginosa, más comúnmente papilomatosa, de lesiones extensas que abarcan el periné, ano, bolsas y región inguinal crural, compuesta de nódulos o conjunto de nódulos separados por surcos profundos, que sangran con más dificultad y constituyen lesiones más secas.

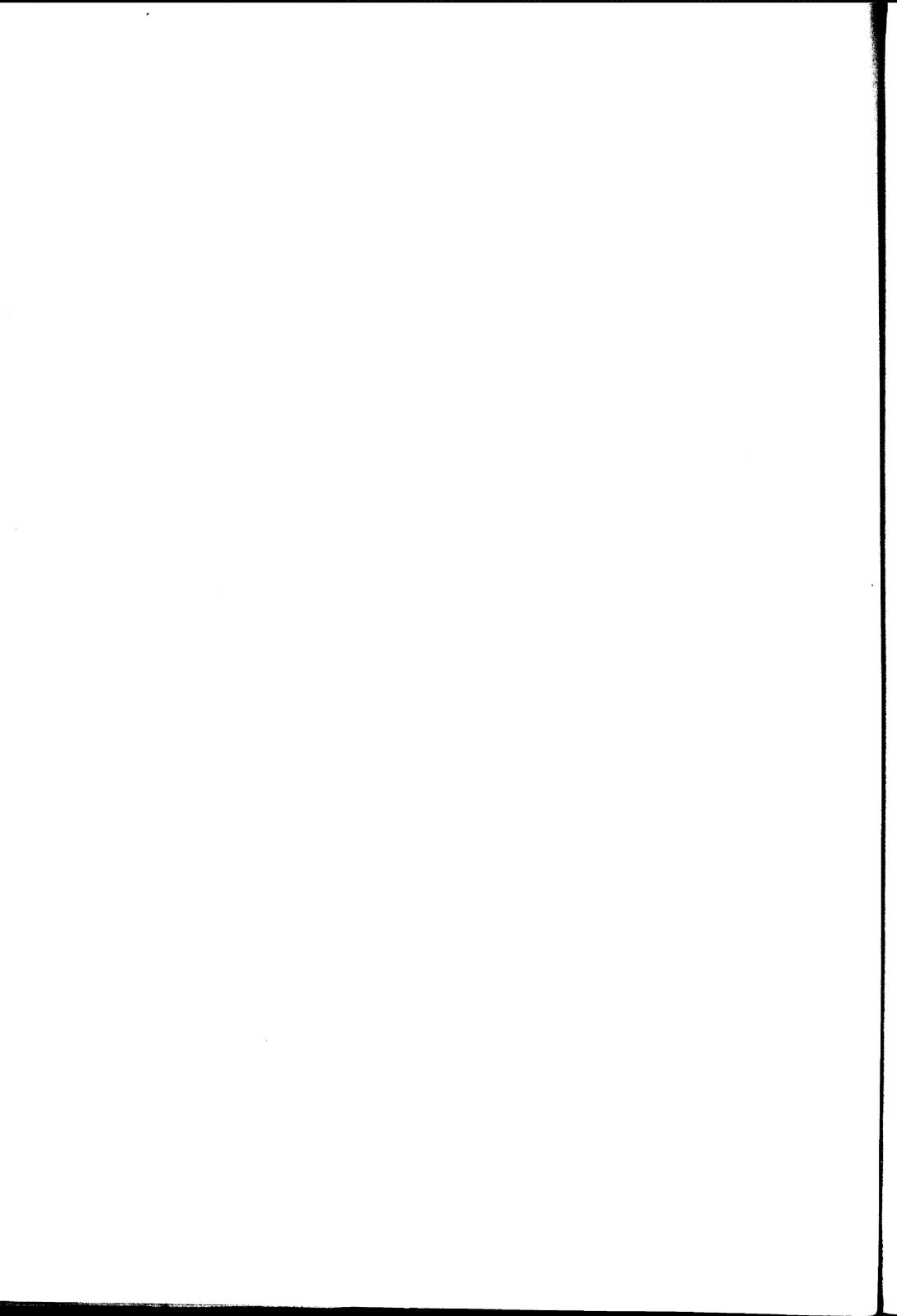
Forma hipertrófica serpiginosa papilomatosa, caracterizada por implantarse en los surcos naturales (surco inter-glúteo, surco inguino-crural), constituyendo lesiones lineares extensas.

Forma hipertrófica serpiginosa fungosa.—Constituida por grandes nódulos carnosos excesivamente salientes, semejando una coliflor y tomando el aspecto de novi formaciones epiteliales.

III— *Forma mixta* que no es más que la presencia de las antedichas en un mismo tipo.

Resumiendo:

- | | | |
|---------------------------------------|------------------|------------------------|
| 1º Forma ulcerosa | { serpiginosa | { a bordes elevados |
| | { no serpiginosa | { a bordes no elevados |
| 2º Forma hipertrófica | { serpiginosa | { fungosa |
| | { no serpiginosa | { papilomatosa |
| 3º Forma mixta o úlcera hipertrófica. | | |
- (Tierra y Rabello).



CAPITULO III

Diagnóstico

El aspecto físico del accidente inicial del granuloma, así como los antecedentes cronológicos, son del todo insuficientes para establecer un rápido diagnóstico, y sólo el examen bacteriológico podrá darnoslo precozmente.

En su segundo período ya el diagnóstico clínico es más fácil, salvo en sus formas anormales en que puede ser confundido con otras dermatosis.

Cuando encontremos una lesión crónica, ulcerosa con base densamente fibrosa, ausencia de infartos ganglionares con asiento en la región genital o perineo-genital de bordes elevados y no cortados a pico; secreción con olor característico y que siendo poco dolorosa, sangre, pensaremos en «Granuloma Venéreo», corroborando luego nuestras sospechas por el análisis bacteriológico.

Diagnóstico bacteriológico.— De etiología microbiana, fué causa hasta hace poco tiempo de numerosas discusiones y controversias, habiéndose unificado actualmente las opiniones en la que atañe al bacilo productor del granuloma. Sin embargo, como en las lesiones producidas por la afección que nos ocupa, se encontrase el *Trepomena pálido* y el *refrigeus*, bacilo de Koch, etcétera, cabía pues, la duda al respecto.

El aspecto del microbio del granuloma es muy especial; a veces, aunque raramente, se presenta bajo forma de pequeños cocos de dos a tres décimas de micrón de diámetro, rodeados de una cápsula; otras, dispuestos en bastoncitos de polos redondeados que miden de $1/2$ a 1 micrón de largo, con o sin cápsula circundante. Una y otra forma pertenecen a fases sucesivas de la división transversa del germen, acompañado de la división de la cápsula que se estrecha en su parte central. La estructura del germen tal como la describimos, sólo aparece claramente en los preparados teñidos por el método Giemsa, en que el coco toma un color rojizo y la cápsula coloreada tenuemente.

No toma el Gram y se tiñe fuertemente con los colorantes de la anilina común.

Un carácter muy típico del germen del granuloma, es que se encuentra casi siempre en el

interior del protoplasma de las células y tanto en los frotis como en los cortes.

En el interior de las células los gérmenes aparecen a veces desprovistos de su envoltura que solo ulteriormente nace en torno de ellos; las células en cuyo protoplasma están incluidos muchos cocos, al principio se hipertrofian marcadamente; más tarde su protoplasma se rompe y el núcleo que al principio se encontraba en un punto de la periferia de la célula, se fragmenta también.

Si por un lado las células son frecuentemente destruidas por los gérmenes, otras veces éstos, degeneran en el interior de aquellas y es fácil ver células con grandes masas de bacterios fragmentados o completamente alterados, reducidos a simples masas rojizas o a vestigios casi irreconocibles.

El microbio del Granuloma Venéreo (*Calymmatobacterium Granulomatis*), es encontrado en la úlcera granulomatosa en toda la extensión de la lesión y especialmente en los puntos de progresión, siendo en los casos de franca vegetación donde su abundancia es verdaderamente sorprendente; lo contrario sucede en los períodos regresivos en que el germen casi ha desaparecido.

Cultura del calymmatobacterium granulomatis.
—Fué Flu quien hizo las primeras investigaciones culturales, empleando como medio agar y caldo; obtuvo colonias muy diminutas constituídas

por bastoncitos sumamente pequeños sin cápsula y Gram negativos.

Como no se pudieran aislar por completo estas colonias y se encontrasen mezcladas con otras de gérmenes saprófitos, se empleó el medio maltosado de Sabouraud, que tiene la propiedad de impedir el desarrollo de los saprófitos. En este medio las colonias aparecen bajo forma de pequeños discos de 1 a 1/2 milímetros de diámetro, brillantes, húmedas y de consistencia pastosa o algo viscosa.

A medida que transcurre el tiempo las colonias aumentan de tamaño, van perdiendo su aspecto brillante y húmedo y toman un color achocolatado.

En el caldo simple, glucosado o glicerinado, el germen se desenvuelve bien, énturbiándolo y formando una película blanquecina que sube por las paredes del tubo hacia la superficie, al mismo tiempo que en el fondo se forma un depósito viscoso cada vez más abundante. A medida que el cultivo envejece, se va aclarando el medio y fermenta.

Medios con sangre: el germen prolifera bien y los hemolisa.

Leche: coagulación del medio a las 48 horas.

Patata: cultura muy abundante, con gran producción de gases; la patata obscurece.

Gelatina: a las 24 horas se notan colonias muy

pequeñas, puntiformes y homogéneas; luego se aclaran, se elevan y desparramándose se hacen brillantes y viscosas, a la vez que aumentan de tamaño llegando hasta 2 y 3 milímetros de diámetro.

Agar simple: las colonias se desenvuelven bien, pero toman dos aspectos distintos, ya sean sembradas en superficie o en profundidad; en el primer caso son grandes, ligeramente viscosas, homogéneas y regulares; en el segundo, lenticulares y homogéneas.

Cuando se desarrollan en agar glucosado o lactosado, toman el mismo aspecto que en el agar simple, pero producen gran desprendimiento de gaces.

El *Calymmatobacterium Granulomatis* es aerobio y vive bien a la temperatura de 37° c.; como está dotado de propiedades fermentativas energéticas, no produce ni ácido sulfhídrico ni indol.

La vitalidad del germen es muy grande, permaneciendo vivas las culturas aun a los seis meses.

Poder patogénico.—En las experiencias de laboratorio, inoculados los cobayos, conejos y ratas, en cantidad de 1/2 a 1 c. c. de cultura fresca por vía peritoneal, mueren a las 24 o 48 horas, a veces antes, y como la muerte es tan rápida, las lesiones se circunscriben a congestión o hi-

peritrofia del hígado y bazo, con pululación de bacilos en los demás órganos.

Diagnóstico diferencial.—Como en un principio fuese considerada la afección que nos ocupa como una manifestación sifilítica, y lo comprobada el hecho de encontrarse en los frotis el *Treponema Pallidum*, cabía, pues, un error de diagnóstico. Sin embargo, hay caracteres definidos que permiten guiarnos para individualizarla.

Empezaré considerando el accidente inicial, que asienta lo más comúnmente en el pliegue inguino-crural y en el periné, la secreción de olor fétido y la no existencia del infarto ganglionar del granuloma. En la sífilis casi nunca falta la pléyade ganglionar de Ricord, pero aun suponiendo casos atípicos en que por el examen físico no se consiguiera sacar conclusiones, buscaremos recurso en el análisis bacteriológico, y si éste fuera insuficiente, nos quedan aun los cortes cuyo estudio histo-patológico nos revela: infiltración primitiva del tejido conjuntivo del dermis, y solo secundariamente de la epidermis en la sífilis, y las lesiones vasculares que nunca faltan en esta afección.

Siguiendo el proceso evolutivo, el granuloma es de una cronicidad mucho mayor, pudiendo llegar a decenas de años sin producir caquexias y respetando la integridad del sistema linfático. Por otra

parte, el tratamiento anti-sifilítico es perfectamente ineficaz.

Lepra.—Algunos autores consideran a la forma tuberculosa de la lepra cierta semejanza con el granuloma, pero la presencia de lepromas, del bacilo de Hansen, de los Leprazellen de Virchow y del ataque de los nervios, así como otros síntomas propios de la lepra, son suficientes para evitar confusión.

Blastomycosis.—Esta afección asienta generalmente en la mucosa bucal sin respetar, como en la afección que nos ocupa, el sistema linfático. Ataca rápidamente los ganglios submaxilares y cervicales que se tumefactan y supuran; además, la evolución es rápida y fatal.

Más fácil es establecer el diagnóstico con la Blastomycosis cutánea generalizada, pues, con el examen del pus de los ganglios o del material extraído por el raspado de las lesiones ulcerosas, se lo obtiene.

Tuberculosis.—No puede haber lugar a duda respecto del diagnóstico diferencial, empezando por la región en que asientan estas enfermedades bien distintas. El lupus no radica casi nunca en los puntos predilectos del granuloma; los tejidos en éste no tienen la friabilidad que en aquél; la evolución es bien distinta; de una cronicidad notable y sin lesionar el sistema linfático; aun más, respetando el resto de la economía en el granu-

loma, y, por último, si a veces el aspecto macroscópico producía errores, era porque no se había llegado a resultados concluyentes en la afección que nos ocupa.

Leishmaniosis.—Puede confundirse solamente en la forma papilomatosa, que, por otra parte, es rara. Las placas hipertróficas de la Leishmaniosis asientan comúnmente en las partes descubiertas: brazo, cara, atacando la nariz, la cavidad bucal y comprometiendo casi siempre la mucosa rino-buco-faríngea.

Siempre nos quedó como último recurso el análisis histo-patológico.



CAPITULO IV

Pronóstico

Hasta hace poco tiempo, en el granuloma venéreo no estaba perfectamente individualizado, y menos aun su tratamiento, el pronóstico, aunque no fatal, podía considerarse como francamente reservado; y digo no fatal, porque como era una afección de cronicidad desesperante, el paciente la soportaba por muchos años; sin embargo, son muchas las complicaciones que acarrea; desde un principio presenta barreras fácilmente franqueables a las infecciones secundarias, en las lesiones ulcerosas que son un semillero de bacterios saprófitos. Por otra parte, aunque lenta, se extendía fatalmente a las regiones perineal, anal y escrotal y vulvo vaginal, produciendo fístulas perianales, uretrales, vésico-vaginales y llegando a veces hasta la matriz y parte inferior

del abdomen, con la gravedad que puede suponerse al lesionar órganos tan vitales.

Además, haré notar que a la vez que se extiende la lesión, va dejando por trechos zonas cicatriciales fibrosas que en muchos casos han llegado a obstruir y aun a cerrar los orificios naturales.

En la actualidad, con el tratamiento que ha llegado a ser perfecto y del que me ocuparé más adelante, desaparece toda gravedad del granuloma, entrando éste en la categoría de las enfermedades en que los recursos terapéuticos son terminantemente perfectos.

CAPITULO V

Tratamiento y profilaxis

Si muchos son los estudiosos que se han ocupado del granuloma venéreo, muchos también han sido los recursos terapéuticos de que se ha echado mano con el propósito de extirpar tan constante afección; se ha tratado con yoduros, especialmente potasio, a grandes dosis; mercurio en todas sus formas, sin conseguir ni aun modificar sus lesiones.

Otros observadores prefirieron el procedimiento quirúrgico, pero éste, a más de ser cruento, es ineficaz. Se buscó recurso en la helioterapia con el mismo resultado.

En 1910, habiéndose buscado auxilio en tanta terapéutica, comenzaron en el Brasil a hacer aplicaciones de Röntgenterapia, que, por otra par-

te, ya habían dado buenos resultados en las Indias, donde los médicos ingleses que estudiaban el granuloma, obtuvieron casos de curación duradera.

No obstante, se notaba que muchos de ellos estaban sujetos a recidivas, y otros en que este tratamiento no resultaba del todo concluyente.

Fué en Julio de 1912 que los distinguidos médicos brasileños Aragao y Vianna, después de pacientes estudios, consiguieron aislar en el producto extraído de las úlceras granulomatosas, un microbio que lo consideraron específico y del que prepararon una vacuna de Wrigth; pero ésta vacuna no dió ningún resultado, si bien fué el primer eslabón de la extensa cadena de estudios que inició Gaspar Vianna.

Este inteligente observador brasileño, comprobando las curas notables de la Leishmaniosis cutánea por el tártaro emético, decidió empezar aplicando el mismo a la afección que nos ocupa.

Empleó al efecto una solución de 1 por mil de te tártaro emético en suero fisiológico esterilizado por filtración y eligiendo como vía de acceso, la vena.

Las dosis, empleadas oscilaron de 60 a 120 c. c. de dicha solución, que se daban con un día de intervalo. El resultado fué francamente magnífico y seductor.

En seguida de las primeras inyecciones, el do-

lor, el prurito y la secreción del granuloma aumentaban, para desaparecer por completo al fin de la segunda o tercera semana de tratamiento.

También desaparecían conjuntamente con esos síntomas, los gérmenes de granuloma en los tejidos cuyos frotis y cortes no revelaban la ausencia completa de ellos, al cabo de 5 o 6 inyecciones de tártaro.

A la par que se nota la desaparición de los signos antedichos, la cicatrización del granuloma se inicia en una forma rápida y en casi toda la superficie de las úlceras.

En el centro de éstas se forman islotes de tejido, merced a los restos glandulares allí existentes y que se extienden centrifugamente. Los bordes entran en franca proliferación epitelial, y la herida va paulatinamente curando; algunas veces no es permanente el resultado y aparecen a las pocas semanas nódulos recidivantes, que ceden a una nueva dosis de emético.

Como el tratamiento se hacía algo largo y en vista de la inocuidad para el organismo, de las dosis más concentradas, Aragão y Vianna resolvieron emplear las soluciones al 1 por ciento, dando de 5 a 12 c. c. de ésta, que contenía, 0,5-0,10 y hasta 0,12 centigramos de sal.

Concluyendo, pues, son necesarias 12 inyecciones de tártaro emético para la generalidad de los casos, pero en aquellos más antiguos o re-

beldes, se deja después de ellas un intervalo de una a dos semanas y se inicia una nueva serie que será suficiente para la curación.

Reasumiendo :

Tártaro emético sol. al 1 por ciento esterilizado por filtración en bujías. 1.º día, inyecciones endovenosas de 5 c. c., corresponden a 0,05 de sal; 2.º día, lavajes con agua tibia o con una solución desinfectante.

Siguiendo así alternadamente hasta llegar a 1 o 15 inyecciones.

Si hubiese recidiva se inicia nuevamente la serie de inyecciones hasta la curación.

Profilaxia. — Debemos tratar de considerar una profilaxia individual y otra general o social.

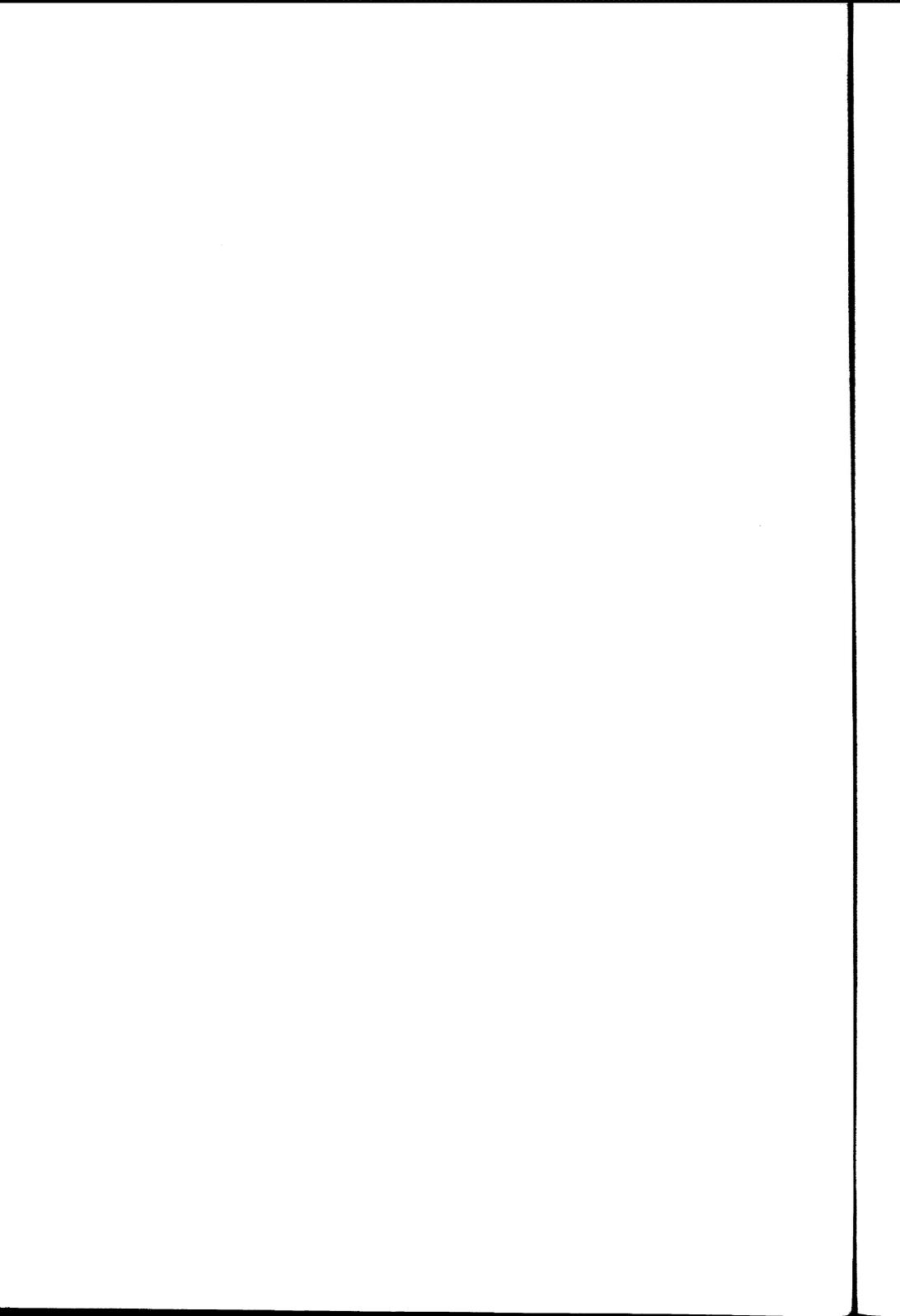
Conocida la forma de contagio, por contacto sexual, es decir, que se produce una inoculación en las partes genitales o proximidades, la profilaxia individual se refiere a la higiene y asepsia de las partes genitales después de un coito, empleando para esto soluciones débiles de permanganato de potasio, oxicianuro de Hg., sulfato de magnesio, etc., etc.

Generalmente con esta precaución podría evitarse el contagio.

El tratamiento profiláctico general, se hará empleando el tártaro emético en la forma antedicha.

Si en la sífilis se emplean como profilaxia social el neosalvarsan, que conocidas son sus pro-

pedades altamente cicatrizantes, de las lesiones ulcerosas que son efectivamente los puntos por donde el contagio se produce; en el granuloma venéreo tenemos el tratamiento específico también en el tártaro emético.



Observaciones clínicas

Primera observación del Dr. Roffo (Publicada en la «Revista del Círculo Médico Argentino y Centro Estudiantes de Medicina», Marzo 1916.

Alejandro García.—Argentino, 24 años de edad; profesión, mayoral; residente en Villa Federal (prov. de Entre Ríos). Ingresó al servicio el 3 de Septiembre de 1913.

¶ *Antecedentes hereditarios.* — Sin importancia: no hay tuberculosis, ni sífilis.

Antecedentes personales. — Sólo ha tenido varicela a los 10 años; no hay antecedentes blenorragicos.

Enfermedad actual.—Se inició hace siete años con la aparición de una pequeña ulceración en el glande, próxima al frenillo, y cuyas primeras manifestaciones las nota el enfermo recién diez días después de haber tenido relaciones sexuales con una mujer, que no tenía lesiones visibles.

Según el enfermo, las primeras lesiones se manifestaron por pequeñas vesículas en el glande, que al romperse dejaban salir un líquido claro, quedando entonces una superficie ulcerosa que se agrandaba con la aparición y confluencia de otras nuevas. De los quince a veinte días de la aparición de estas lesiones en el glande, asoma un adenitis inguinal en ambos lados. Esta fué abierta por el médico de campaña a los dos meses; y según dice el enfermo, no salió de la incisión, pus; pero sí un poco de sangre.

Desde este momento, se desarrolla en los bordes de las heridas inguinales lenta y progresivamente el proceso que presenta en el momento del examen. Este se inicia, como hemos dicho ya, en los bordes de las heridas quirúrgicas, en una forma semejante a la lesión del glande, pequeñas vesículas de las cuales al romperse sale un líquido claro, y que por confluencia van agrandando la zona ulcerada, donde se desarrolla más tarde el tejido granulomatoso. La lesión llega a tener al mes, siguiendo la dirección de los pliegues inguinales y escrotales, doce centímetros de largo en su mayor diámetro; tamaño que conserva durante siete años, a pesar del tratamiento efectuado en su provincia. El enfermo observó hace tres meses que los extremos inferiores de la lesión se agrandaban, extendiéndose más rápida-

mente que antes, hasta alcanzar la región perineal y el ano.

Estado actual.—El enfermo camina con mucha con mucha dificultad, está delgado y asegura haber disminuído varios kilos de peso.

Presenta dos grandes ulceraciones—úlcero-vegetantes—situadas en los pliegues inguinales de ambos lados, desde cerca de la espina ilíaca ántero-superior hasta el pliegue inguino-escrotal, abarcando la piel del escroto en su parte pósterointerna, la porción opuesta de la piel del muslo, el periné y el ano.

El aspecto de esta lesión granulomatosa es igual en toda su extensión. No es pruriginosa y solo a la presión es dolorosa, sangrando con suma facilidad. Los bordes no están infiltrados, son irregulares y rojos.

Presentan estas ulceraciones un tejido vegetante de color rojo intenso, especialmente en la región del surco escrotal, donde está recubierta por un exudado purulento, espeso, fétido, que se deposita en gran cantidad en los surcos que dejan entre sí las vegetaciones. Estas producciones hipertróficas, son muy pronunciadas especialmente en esta región donde llegan a tener hasta 5 milímetros de altura, las que adosándose las una a las otras, forman una superficie finamente granulosa y fácilmente dissociable por el ansa de platino.

El prepucio está edematoso, con figmosis muy pronunciadas, deja escurrir serosidad muco-purulenta, mostrando en sus bordes algunas vegetaciones como las descritas en la ingle. Más tarde, cuando se hizo el debridamiento de esta figmosis, pudo verse en el glande una ulceración que lo circunda en su casi totalidad, mucho más extendida al nivel del frenillo, y con producciones vegetantes semejantes a las que se encuentran en la región inguino-escrotal.

Examen histológico.—En el examen de las preparaciones hechas con trozos de las partes vegetantes o de los bordes periféricos de la ulceración, se observa un tejido de granulación, en el cual no se advierten ni los elementos, ni la disposición propia que caracteriza a los granulomas neoformados a consecuencia de agentes específicos (micosis-sífilis, tuberculosis, lepra etc.).

Estudiada en detalle la parte vegetante, se ve en ella una evidente proliferación del tejido epidérmico, que la recubre no solamente en toda su extensión, sino que emite largos brotes que penetran profundamente en el tejido de granulación. En algunas granulaciones, este tejido epidérmico se halla engrosado por la superposición de capas de células epiteliales pavimentosas y queratinizadas; en otras, se le encuentra ulcerado y con depósitos fibrinosos fuertemente infiltrados de leucocitos polinucleares; infiltración

que se insinúa entre el epitelio cercano. Se observa además en este tejido, pequeñas flictemas formadas a expensas de las capas externas del epitelio pavimentoso; unas, las más, llenas de serosidad que engloba a numerosos leucocitos; y otras, en donde el epitelio se encuentra tan atrofiado que se reduce a una delgada membrana de una a dos capas de células poco diferenciadas y que forman pequeñas cavidades con líquido seroso. El tejido de granulación que se encuentra por debajo de esta capa, está constituido por células del tipo de las plasmáticas, por células redondas, mononucleares y plasmazellen. Estos elementos están aislados o forman pequeños nódulos que descansan en una delicada red de fibrillas conjuntivas. En este tejido hay muchos vasos sanguíneos, cuyas paredes se encuentran engrosadas e infiltradas por leucocitos polinucleares, principalmente aquellos próximos a la periferia. No se observa entre ellos zonas de reblandecimiento ni hemorrágicas, a pesar de la abundante vascularización.

Examen de la orina

Aspecto	turbia
Consistencia	fluída
Color	ambar
Sedimento	escaso
Reacción	ácida
Densidad a 15°	1018

Composición química

Residuo fijo	50,15‰
Acidez total (HCl)	1,10
Urea	23,95
Cloruros	8,50
Fosfatos	2,00
Albúmina	rastrós
Glucosa	no contiene
Indican	regular cantidad

Examen de sedimento

(Escasas células epiteliales pavimentosas; algunos leucocitos).

Urato de sodio amorfo

Examen de la sangre, numeración de glóbulos

Hematíes	5.500.000
Leucocitos	10.500
Hemoglobina	80.000
Valor globular	1,37
Relación globular	1 x 519

Equilibrio leucocitario

Polinucleares	76,10 %
Linfocitos	25,15
Mononucleares grandes	3,40
Formas de transición .	0,35
Eosinófilos	1
Reacción de Wassermann	positiva

En las preparaciones efectuadas con frotis del exudado del tejido granulomatoso, vistas al ultramicroscopio, se observa gran cantidad de espiroquetas—30 a 40 por campo—con movimientos ondulatorios muy activos, y cuyos caracteres morfológicos responden al tipo de la *sp. refrengens*, especialmente cuando se la observaba teñidas con Giemsa. Junto a estas espirilas se ven otras que por sus caracteres, sobre todo en lo que se refiere a la morfología—ondulación agudas y juntas—se asemejan más al *treponema pálido*.

En las preparaciones fijadas se ven, entre las espiroquetas descritas, numerosos microorganismos de forma de pequeños cocos, a veces algo alargados, de extremidades redondeadas que alcanzan a un micrón de largo, o también en forma de diplococos—los más numerosos—que no toman el Gram. Se tiñen fuertemente con los colorantes de anilina común; cuando se usan estos o el Giemsa, muestran una tenue membrana ligeramente coloreada.

Estos gérmenes se encuentran libres o incluidos en el protoplasma de las células redondas. Fenómeno que hemos observado, no solo en las células de los frotis, sino también en las tinciones efectuadas en los cortes.

Nuestras tentativas de cultivar y aislar las primeras han sido infructuosas, a pesar de haber obtenido en cultivos de agar con sangre del mis-

mo enfermo—en dos pasajes—espiroquetas vivas. Más tarde la pululación de otros gérmenes ha hecho imposible la continuación de esta investigación.

Hemos conseguido mejor resultado con el germen. Las siembras efectuadas en los medios comunes—de preferencia el medio glucosado de Sabouraud y el agar ascítico—desarrollan a las 24 horas pequeñas colonias, fácilmente aislables de las demás. Estas colonias son redondas, como pequeños discos, llegando a tener un tamaño de un milímetro, blanco lechosas, brillantes, húmedas y viscosas. En el caldo simple se desarrollan con enturbiamiento, formación de una película y de un depósito blanco viscoso en el fondo.

En gelatina se desarrolla fácilmente, y es licuada.

En leche, la coagula generalmente después de las 24 horas. En estos cultivos el microorganismo aparece frecuentemente como un pequeño bastoncito o como un diplococo; estos últimos se observan al principio del desarrollo de la vegetación.

Las inoculaciones en el conejo, cobayo y ratas, son poco patógenas. Cuando la inyección de cultura en caldo es intraperitoneal, los animales sucumben: tres conejos inyectados en la vena, han muerto con fenómenos de septicemia.

Tratamiento.—Agosto 30. Inyección endovenosa de 0,30 de neosalvarsan.

Septiembre 7.—Inyección endovenosa de 0,30 de neosalvarsan.

Septiembre 11.—Las lesiones úlcero granulomatosas no se han modificado.

Septiembre 15.—Inyección de salvarsan 0,30.

Septiembre 18.—Lesiones en el mismo estado.

Septiembre 20.—Inyecciones de neosalvarsan de 0,45.

Septiembre 25.—Las lesiones granulomatosas en el mismo estado; pero el estado general ha mejorado según el enfermo; ha aumentado tres kilos de peso.

Septiembre 28.—Inyección de 0,90 de neosalvarsan.

Octubre 7.—El estado general ha mejorado notablemente, tiene dos kilos más de peso. Sin embargo, como las lesiones visibles no se modifican, se decide la intervención local.

El Dr. David Fernández, previa anestesia clorofórmica, curetea bien toda la superficie que se halla recubierta de brotes exhuberantes, produciendo esto una abundante hemorragia. Se cauteriza luego con termocauterio.

Curación diaria con formol hasta el 10 de Noviembre. Desde esta fecha se le cura todos los días con resorcina en colodion (40 por ciento) en el lado izquierdo.

Diciembre 3.—Se suspende la resorcina, y se hace cauterizaciones diarias con lápiz de nitrato de plata.

Diciembre 5.—El enfermo presenta la región inguinal cicatrizada, pero hay una abundante recidiva en la región escrotal.

Enero 1.º de 1914.—Nueva reacción de Wassermann positiva.

El proceso granulomatoso no ha sufrido modificaciones apreciables. Se dan inyecciones diarias por medio de cianuro de mercurio (0,002) intramusculares.

Enero 16.—Después de siete inyecciones, las lesiones siguen lo mismo.

Enero 17.—Se inicia el tratamiento con tártaro emético, aconsejado por Aragão y Vianna, con el que han obtenido buenos resultados en los casos de granulomas por ellos estudiados. Se le da en inyecciones subcutáneas 0,04 de solución al 1 por mil, día por medio.

Enero 19.—Se le da una nueva dosis de 0,04. En este día, como en el anterior, el paciente tiene cansancio y deseo de dormir.

No habiendo las inyecciones subcutáneas provocado ningún cambio en las lesiones, se hacen de acuerdo con la técnica de los autores mencionados, las siguientes inyecciones intravenosas:

		Gramos
Febrero	22	0,025
»	24	0,05
»	26	0,08
»	28	0,10
Marzo	2	0,10
»	5	0,10
»	7	0,10
»	9	0,10
»	11	0,10
»	13	1,10

Como ninguno de estos tratamientos ha dado resultado, se recurre a la electro-coagulación; aplicándosele el distinguido radiólogo Dr. Antonio de Nucci, previa anestesia clorofórmica.

Marzo 17 y 18.—La lesión exuda una abundante serosidad fétida. Se le hacen lavajes con permanganato.

Mayo 21.—El aspecto de la herida mejora notablemente, empezando la cicatrización, si se exceptúa el pliegue ínguino crural del lado izquierdo, donde hay abundantes brotes.

Abril 6.—Nueva aplicación sobre los brotes restantes. Curaciones con agua oxigenada y toques con azul de metileno hasta la fecha que sigue.

Junio 3.—Herida cicatrizada; sólo quedan tres pequeñas ulceraciones en el surco ínguino crural izquierdo y dos pequeños brotes que se destru-

yen con termo. El mismo procedimiento con algunas vegetaciones que han quedado en el surco balano-prepucial.

Junio 30.—Cicatrización completa y alta del enfermo.

OBSERVACION II

De los doctores Roffo y Torres Zárate (publicada en la «Revisia de la Asociacion Médica Argentina, Marzo y Abril de 1915).

Emilio Bron.—Rufo, 22 años de edad, con 6 de residencia en el país; color blanco, soltero.

Antecedentes hereditarios. —El padre y la madre viven aún; el primero, es sano; la segunda, es cardíaca. Tiene tres hermanos que no han estado nunca enfermos.

Antecedentes personales. —Vino al país en Mayo de 1910, sano. No recuerda haber tenido enfermedades anteriores.

Enfermeaad actual. —En Junio de 1911, a consecuencia de un delito contra la propiedad privada, fué encausado y condenado a prisión. Cumplía ésta, en el Departamento Central de Policía, en el cuadro N.º 3, cuando fué víctima de «una

violación brutal», por el ano, con la cual relaciona el enfermo el origen de su enfermedad actual.

El proceso se inicia con la aparición, alrededor del ano, de numerosas vegetaciones, pequeñas, que sangran con facilidad. Por esta causa, lo envían al Hospital de la Penitenciaría Nacional, donde tratan la lesión con termocauterio, quedando aparentemente curado.

En Febrero de 1913, nota el enfermo que aparecen en la misma región y en el escroto, pequeñas vesiculitas, que al romperse, dejan salir un líquido claro y que por confluencia forman una superficie extendida, roja y recubierta de exudado purulento y fétido que humedece las ropas. En estas condiciones, en Junio de 1913, por reincidir en el delito, es alojado en la Prisión Nacional, donde la lesión es tratada como eczematosa.

A pesar de un tratamiento continuo y esmerado, la lesión se extiende, adquiriendo un aspecto netamente vegetante, abarcando a los seis meses de iniciada, toda la región perineal, el escroto, el pliegue inguino-escrotal, y la región inguinal. En vista de esa evolución se modifica el tratamiento, atacando las vegetaciones con termocauterio e inyecciones de aceite gris; no se observa ninguna mejoría.

En este estado, el enfermo es puesto en libertad, y es entonces que se interna en el Hospital

Alvear, donde, después de hacerle una biopsia, le prescriben baños de asiento con permanganato de potasio. Diez días después, viendo que no mejora, recurre al Hospital San Roque, donde le hacen la reacción Wassermann, con resultado positivo, sometiéndoselo, en consecuencia, a un tratamiento mercurial iodurado intenso, con el cual la lesión no se modifica. Es tratado, entonces el tejido granulomatoso con nitrato de plata y tintura de iodo. Con este tratamiento se continúa dos meses y medio sin que la lesión se modifique.

El enfermo se traslada luego, al Hospital Durand, donde se insiste en declarar a la lesión sífilítica. Recibe tres inyecciones endovenosas de neosalvarsan, modificándose la lesión hasta permitirle caminar, por lo cual pide el alta con el deseo de trabajar.

Pero, a los veinte días observa que la lesión se desarrolla de nuevo con intensidad, adquiriendo el aspecto úlcero-vegetante anterior y produciendo abundante exudado purulento. En este estado es preso de nuevo, ingresando en el Hospital de la Penitenciaría Nacional, donde tenemos ocasión de observarlo por primera vez, presentando el siguiente:

Estado actual. — Enfermo, en buen estado de nutrición, conserva regular apetito, aunque cree haber disminuído algunos kilos de peso. Camina

con dificultad, sufriendo fuertes dolores inguinales.

Alrededor del ano. presenta una ancha zona ulcerada, de dos centímetros de ancho y que se extiende hacia el periné, el escroto, pliegue inguino-escrotal, las ingles y en la piel del muslo que se encuentra enfrente del escroto. Estas zonas tienen un aspecto semejante; su fondo es vegetante, rojo, formado por pequeñas vegetaciones de algunos milímetros de altura, que se adosan las unas a las otras, dándole el aspecto de una superficie granulosa. En el escroto, estas vegetaciones son más voluminosas y el exudado mucopurulento es más abundante, depositándose y llenando los surcos que dejan entre sí las vegetaciones. Al retirarse éste, queda una superficie roja intensa, que sangra con facilidad. Los bordes de esta ulceración son irregulares, rojos y poco infiltrados.

La lesión no es pruriginosa y es dolorosa a la presión.

Examen histológico. —En el examen histológico de las vegetaciones se observa que están constituidas por un tejido de granulación, recubierto de epitelio epidérmico, el cual, en algunas zonas emite brotes que penetran profundamente en el tejido granulomatoso, y formando en otras pequeñas flictenas recubiertas por solo una o dos capas de células epiteliales pavimentosas y lle-

nas de líquido fuertemente infiltrado de leucocitos polinucleares. En otras zonas, este epitelio desaparece por descamación, dando lugar a una ulceración que alcanza al tejido de granulación y que está recubierta de fibrina y de numerosos leucocitos polinucleares, que se infiltran también entre el tejido de granulación y el epitelio vecino.

El tejido de granulación se halla formado por un estroma conjuntivo, que encierra células plasmáticas estrelladas, alargadas, redondas, numerosos plasmazellen reunidos en grupos, especialmente alrededor de los pequeños vasos. Los vasos sanguíneos son abundantes, presentando la mayor parte, sus paredes espesadas y algunos con infiltración de polinucleares. Entre estos elementos no se observan, ni la disposición, ni los elementos propios de los granulomas específicos, así como tampoco zonas de reblandecimiento.

Examen bacteriológico.—En las preparaciones efectuadas con frotis del exudado de distintas regiones, se ven algunas espiroquetas tipo *sp. refrigens*, y numerosos microorganismos en forma de pequeños cocos o diplococos, que no toman el Gram y que las preparaciones coloreadas con Giemsa, los caracteriza presentándolos con una gruesa membrana ligeramente azulada. Estos gérmenes están libres o incluidos en el protoplasma de las células.

En las culturas hechas con el exudado, se puede, a las 24 horas, aislar pequeñas colonias gelatinosas, brillantes, húmedas, viscosas, que se desarrollan fácilmente en los medios comunes, especialmente en el medio glucosado de Sabouraud, y que forman, después de las 48 horas por confluencia de las colonias, una masa gelatinosa, con depósito blanco viscoso en el líquido de condensación.

En los cultivos sobre leche hay coagulación después de las 24 horas. La gelatina es licuada; en el caldo simple hay enturbiamiento con formación de película y depósito en el fondo.

Examen de la sangre

Numeración de glóbulos		Equilibrio leucocitario	
Hematíes. . . .	8.400.000	Polinucleares	68.50
Leucocitos	9.000	Linfocitos	21.20
Hemoglobina	10 %	Grandes mononucleares	8
Valor globular . . .	1.40 %	Formas de transición	1.80
Relación globular	1.719 %	Eosinófilos	1.50

Tratamiento. — Además del ya muy intenso tratamiento antisifilítico que el enfermo había recibido antes de su última entrada en el Hospital de la Penitenciaría Nacional, recibe en éste, veinte fricciones mercuriales y lavajes con timol en las lesiones; diez días de descanso y luego nueva serie hasta recibir sesenta fricciones. En vista del resultado negativo obtenido, se le hace

una inyección de salvarsan, que no modifica en nada el aspecto de la lesión. Después de catorce días, le hace una nueva inyección, con el mismo resultado. En este tiempo es visto por uno de nosotros, quien le hizo el examen bacteriológico del exudado y el histológico de la biopsia con los resultados que ya hemos mencionado.

Aceptado, en consecuencia, el diagnóstico de Granuloma venéreo, se le da tártaro emético filtrado por bujía al 1 por ciento, en inyecciones endovenosas de 5 ctms.³ cada una, día por medio. Desde la cuarta inyección se puede ver que el exudado ha disminuído notablemente, perdiendo su fetidez; que el granuloma se halla en plena cicatrización que comienza por los bordes. Sin embargo, se ven también en pleno tejido granulomatoso, islotes de vegetaciones de color rojo y recubiertos ya de epitelio epidérmico.

Este proceso de cicatrización, después de 12 inyecciones, es total. Mientras se le daba el tártaro emético, se lavaban las heridas con agua templada.

A los ocho días de haber cesado el tratamiento, aparece una pequeña recidiva en la región inguinal izquierda y que alcanza a tener el tamaño de una avellana. Esta se halla formado por tejido granulomatoso vegetante, y cuyo examen microscópico revela al diplococo encapsulado, con los mismos caracteres tintoriales y culturales que

aquellos hallados en la lesión primitiva. Cuatro días después se le inyecta nuevamente por vía venosa 7 cts.3, día por medio, hasta alcanzar a 12 inyecciones, época en que la lesión se ha cicatrizado completamente; dando de alta al enfermo como curado, el 10 de Enero del corriente año. Desde entonces, el enfermo no ha presentado ninguna novedad; si se exceptúa la estrechez anal producida por el tejido fibroso cicatricial.

OBSERVACION III

(Publicada por los doctores Roffo y Ghiso)

E. D.—Argentina, 22 años de edad, soltera. Procede de Rosario.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Tuvo sarampión, escarlatina y viruela. Reglas normales.

En Marzo de 1914 nota en la margen del ano un pequeño grano que le causa mucha comezón. Se hace baños locales por algunos meses pero no mejora, al contrario, poco después se produce una ulceración que sangra con facilidad y se recubre de un exudado purulento. Consulta a varios médicos, los cuales instituyen tratamientos que no dan resultado. Decide venir a Buenos Aires y consulta al Dr. Ghiso.

Enfermedad actual.—La lesión consiste en una ulceración en la margen derecha del ano, que le molesta para caminar, sólo tiene dolor al mo-

ver el vientre. Es del tamaño de una moneda de dos centavos, bordes salientes y espesados. El fondo de la ulceración se halla formado por mamelones que presentan una superficie con finas granulaciones. Los mamelones son de color rojo. Los bordes de la ulceración son bien marcados recubiertos de delgadas saliencias papiliformes. Están infiltrados y duros, presentando un aspecto condilomatoso. No hay ganglios inguinales ni erupción. Mucosas sanas. Orina normal.

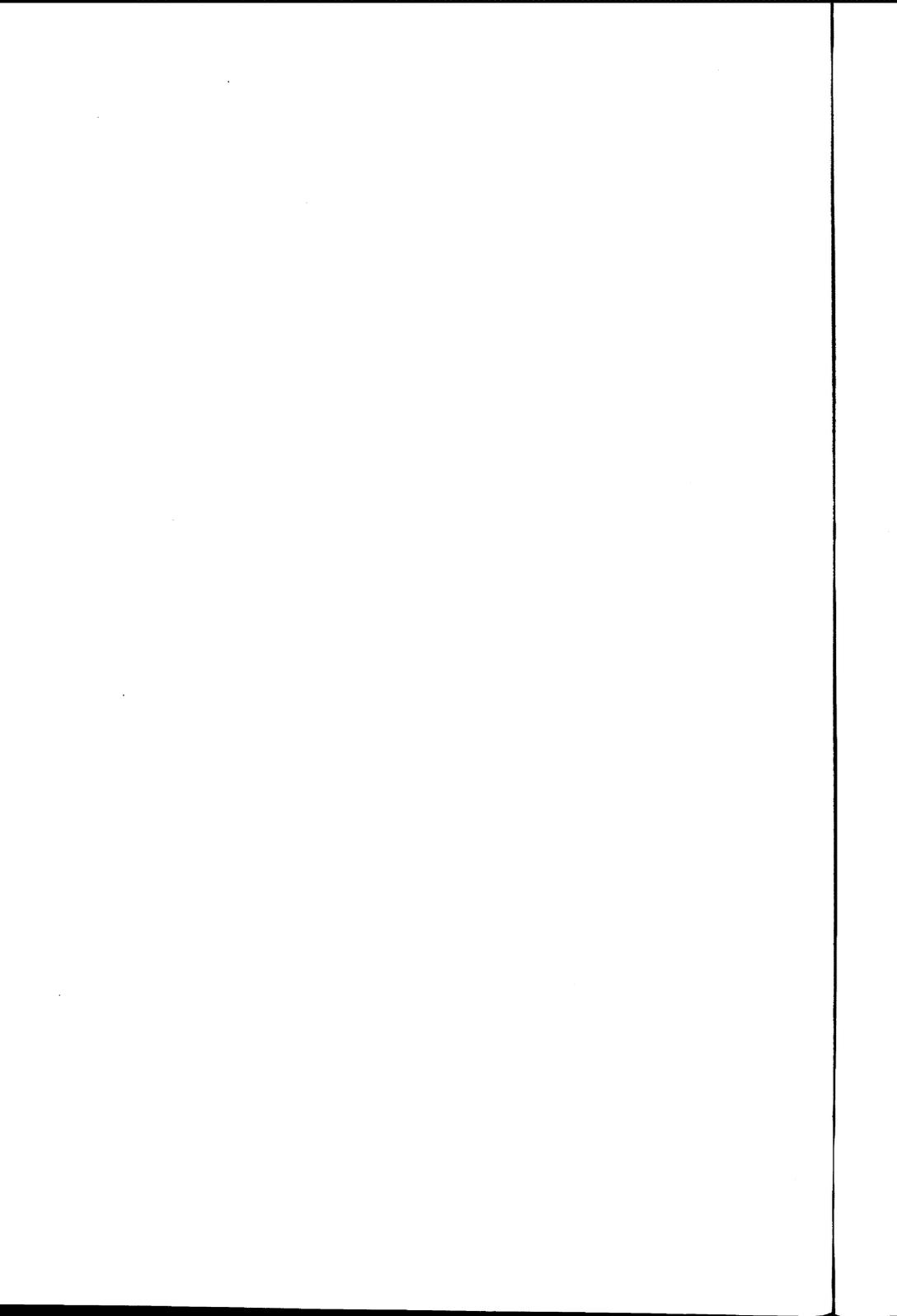
Reacción de Wassermann.—Negativa.

Aun cuando hay elementos de diagnóstico negativos se hace tratamiento antisifilítico. Sospechándose se tratase de un granuloma venéreo es examinada por el Dr. Roffo, quien confirma el diagnóstico por el examen del exudado y por la histología de la biopsia. Se instituye tratamiento con tártaro emético al 1 por ciento. Se le hacen inyecciones endovenosas cada cuatro días comenzando con 0,06 grms. y aumentando un centígramo por inyección. Debido a la aparición de una flebitis se suspende el tratamiento para reanudar por vía intramuscular, pero disminuyendo la dosis. Al poco tiempo la zona granulomatosa se ha transformado en una cicatriz de buen aspecto. Antes de llegar a la curación completa tuvo una recidiva.

Al examen histológico del tejido tomado en el borde de la ulceración se notaba el epitelio epi-

dérmico espesado en zonas y con brotes que penetraban en el tejido granulomatoso. En otros puntos una gran descamación con infiltración de polinucleares. El tejido granulomatoso está formado por un estroma conjuntivo con numerosos vasos sanguíneos de paredes espesadas. Entre los elementos de este tejido, además de las células redondas y fusiformes se ven numerosos plasmazellen.

Al examen bacteriológico se ven muchos diplococos que toman el Gram y otros gérmenes escasos de mayor tamaño que toman el Gram. En los preparados teñidos con Giemsa estos últimos aparecen con una espesa membrana azulada, que encierra un pequeño bacilo rosado. Estos microorganismos se encuentran libres e intracelulares. Las culturas dan pequeñas colonias gelatinosas, brillantes, húmedas y viscosas.



OBSERVACION IV

(Publicada por el Dr. Roffo)

F. B.—Italiano, 20 años de edad, 10 de residencia en el país.

Antecedentes hereditarios y personales. — Sin importancia.

Enfermedad actual.—En 1912 a los 10 o 15 días de un coito con una mujer que no presentaba lesiones externas visibles, nota sus primeras manifestaciones en el glande cerca del frenillo. Dice que se trataba de unas pequeñas vesículas que se abrían y dejaban salir un líquido claro, transparente y que por confluencia de ellas dieron lugar a una ulceración pequeña e indolora. A los treinta o cuarenta días nota en las regiones inguinales unas nudosidades subcutáneas que aumentan de tamaño. Estas forman un conglomerado del tamaño de una nuez, adherentes a la piel y a los dos meses se ulceran dando salida

a una secreción espesa, mucopurulenta y fétida. Se produce una anchura ulceración de bordes salientes y espesos que se extiende hasta cerca d la espina iliaco-ántero-superior y hacia abajo hasta las proximidades del surco ínguino-escrotal.

Estado actual.—La marcha es difícil y dolorosa. El prepucio con figmosis y edematoso, impide hacer el examen del glande. Por el orificio prepucial sale líquido mucopurulento, habiendo en la parte inferior algunas vegetaciones rojas de tamaño variable.

En el pliegue inguinal derecho hay una ulceración desarrollada hacia abajo, recubierta por un exudado blanco lechoso, espeso y de olor desagradable. Su fondo es rojo y vegetante, sus bordes espesos y salientes se infiltran en la piel vecina. En algunos puntos estos brotes presentan un aspecto papilomatoso. La ulceración sangra con facilidad, no es pruriginosa.

En la región inguinal izquierda hay dos nódulos del tamaño de una avellana lo mismo que en la cara interna del muslo, pero más pequeños.

Examen de la sangre

Hematies	6.500.000	Polinucleares n.	71.10 %
Leucocitos	9.000	Linfocitos	18.15 %
Hemoglobina	90 %	Mononucleares grand.	8.06 %
Valor globular	1.44 %	Formas de transición	2.08 %
Relación globular	1x722	Eosinófilos	0.61 %

Reacción de Wassermann.—Negativa.

Examen histológico.—En los preparados de la región inguinal se observa un tejido de granulación formado por una trama de células redondas, leucocitos, plasmazellen y capilares sanguíneos (microfotografía 1).

Los elementos que predominan en los plasmazellen que se agrupan en nidos aislados de trecho en trecho, así como en los bordes o alrededor de los capilares sanguíneos formando zonas extendidas o agrupados en nódulos bien circunscritos. Los capilares sanguíneos están dilatados y sus paredes espesadas por tejido conjuntivo de neoformación y rodeadas de leucocitos poli y mononucleares (microfotografía 3), y a veces solamente por plasmazellen (microfotografía 2).

En la microfotografía 4 se ve este tejido granulomatoso infiltrado por leucocitos polinucleares y abundantes plasmazellen.

En los bordes de la ulceración las lesiones más interesantes están en el epitelio epidérmico con hiperplasia de sus capas, el que emite numerosos prolongamientos que se internan y se ramifican entre el tejido granulomatoso. El estractum córneo está espesado al igual que la capa de Malphigi. De esta capa parten brotes largos que se anastomosan entre sí (microfotografía 5). En la mayor parte de la lesión perineal el tejido epidérmico ha sido totalmente destruido quedando solamente entre el granulomatoso algunas ban-

das epiteliales con células cornificadas e invadidas por leucocitos (microfotografía 6).

Examen bacteriológico.—Coloración Giemsa.

Entre los elementos celulares del tejido hay: plasmazellen, células redondas poli y mononucleares, numerosos bacterios con los siguientes caracteres: polimorfos, ya como bacilos o como diplococos, rodeados de una cápsula ovalada y gruesa.

En la microfotografía 7 hay algunos gérmenes libres, pero la mayor parte se encuentran dentro de las células conjuntivas. En estas se agrupan en zoogleas compactas (microfotografía 8). Estos bacterios al ser fagocitados por las células forman en el protoplasma y a su alrededor zonas claras (microfotografía 9), que se van llenando por multiplicación endocelular (microfotografía 10). En la microfotografía 11 puede verse una célula conjuntiva aumentada de tamaño con destrucción del protoplasma quedando en libertad los bacterios.

Caracteres culturales. -- En placas de agar se pueden ver colonias de aspecto gelatinoso. En éstas, el bacilo se presenta encapsulado y con su polimorfismo peculiar (microfotografía 13) sin movimientos ni esporos.

En el caldo hay enturbiamiento a las 24 horas; a los dos días aparece una ligera película y el caldo se aclara.

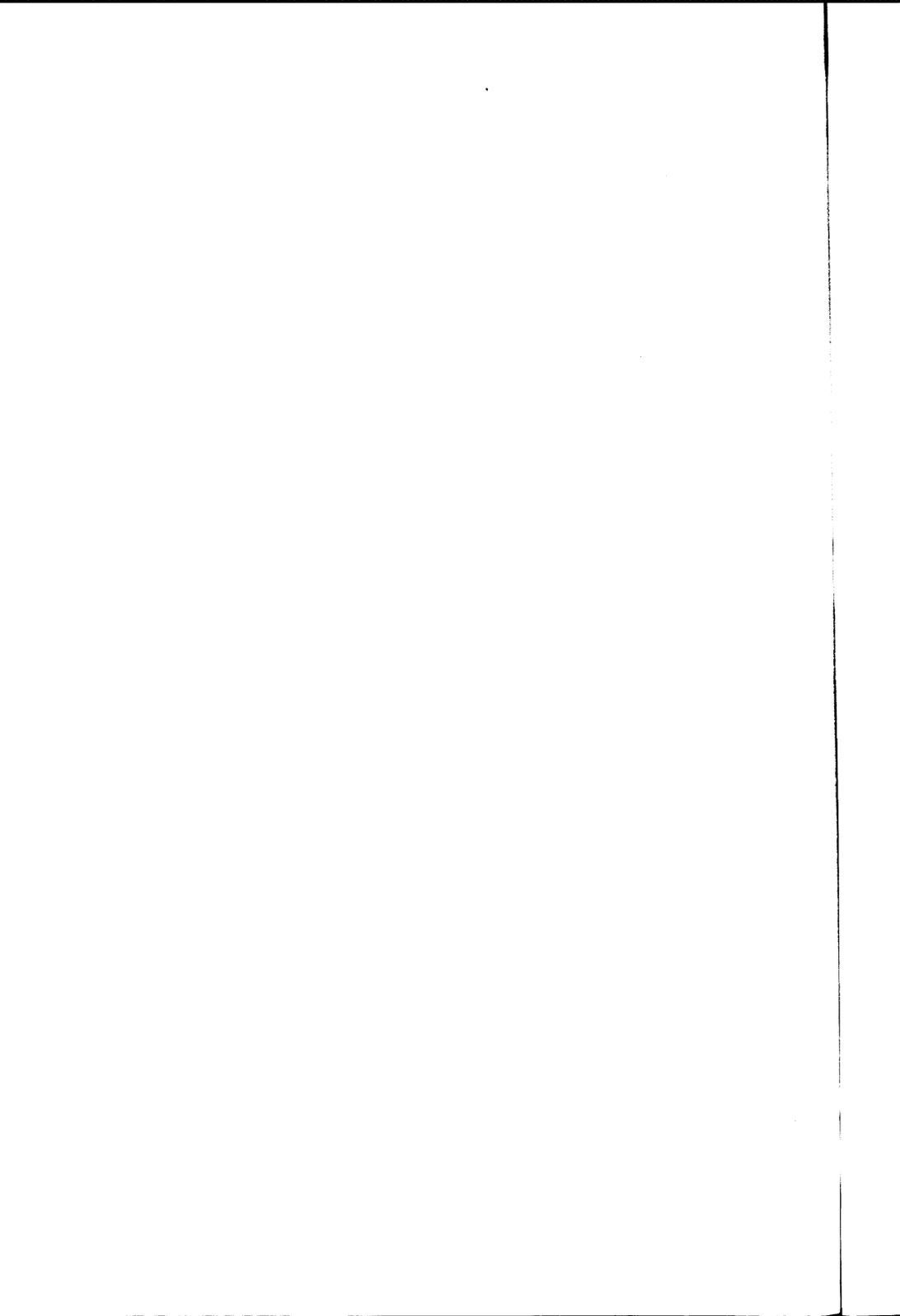
En agar.—A las 24 horas hay abundante des-

arrollo de una estría blanca, brillante y gelatinosa (microfotografía 1). En placas se obtiene a las 24 horas colonias puntiformes, blancas, gelatinosas, proeminentes, redondeadas y que aumentan de tamaño a las 48 horas.

En gelatina.—No la licúa.

En leche.—Se desarrolla sin coagularla. En los medios tornasolados los cambia en rojo.

En agar glucosado.—Cultura con los caracteres del agar simple.



Conclusiones

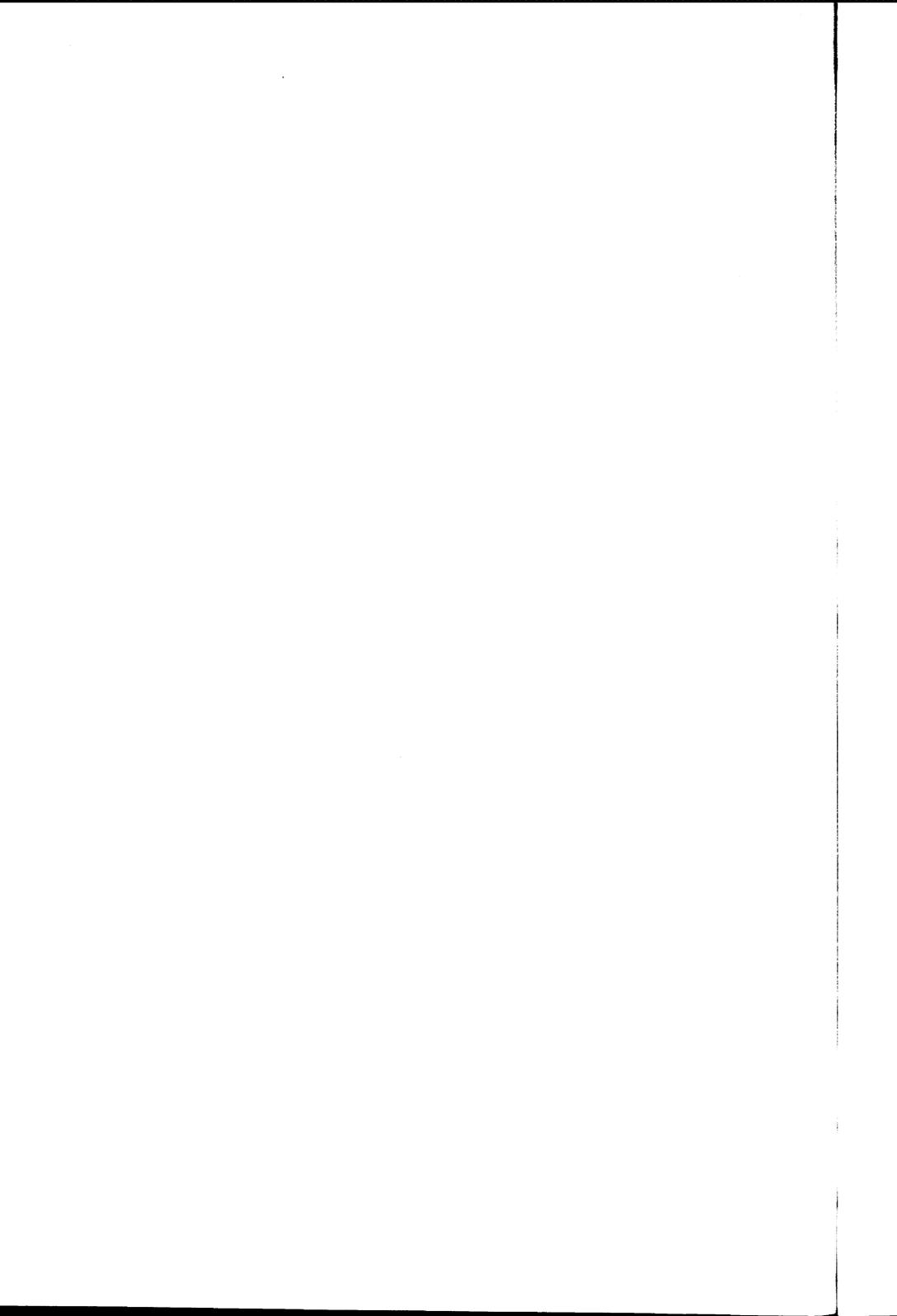
I.—El granuloma venéreo es una enfermedad microbiana, cuyo agente productor es el *Calymmatobacterium Granulomatis*.

Manson P.—*Maladies des pays chauds*, 1908.

II.—Es una enfermedad contagiosa (transmisibilidad por contacto sexual).

III.—Su tratamiento curativo se lleva a cabo empleando el tártaro emético en la forma ya apuntada.

IV.—No es una enfermedad de negros, como se creía en un principio y bien lo demuestran algunas de las observaciones mencionadas en este trabajo.



Bibliografía

Roffo A. H.—Granuloma venéreo, 1915.

Roffo A. H. y Ghiso P.—Granuloma venéreo, 1916.

Roffo A. H.—Granuloma venéreo. Revista de la Universidad de Buenos Aires, Tomo XXXI.

Roffo A. H. y Farini J. A.—Granuloma venéreo, 1917.

Roffo A. H. y Torres Zárate.—Granuloma venéreo. Revista de la Asociación Médica Argentina, 1916.

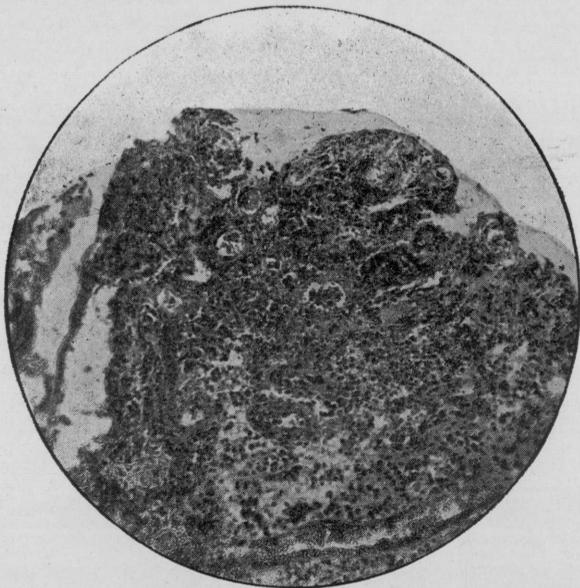
Souza Araujo H. C.—Estudio clínico do granuloma venéreo, 1915.

Aragão y Vianna G.—Pesquisas sobre o granuloma venéreo. Memorias do Instituto Oswaldo Cruz, 1913.

Manson P.—Maladies des pays chauds, 1908.

Mense C.—Trattato delle malattie dei paesi tropicale, 1913.

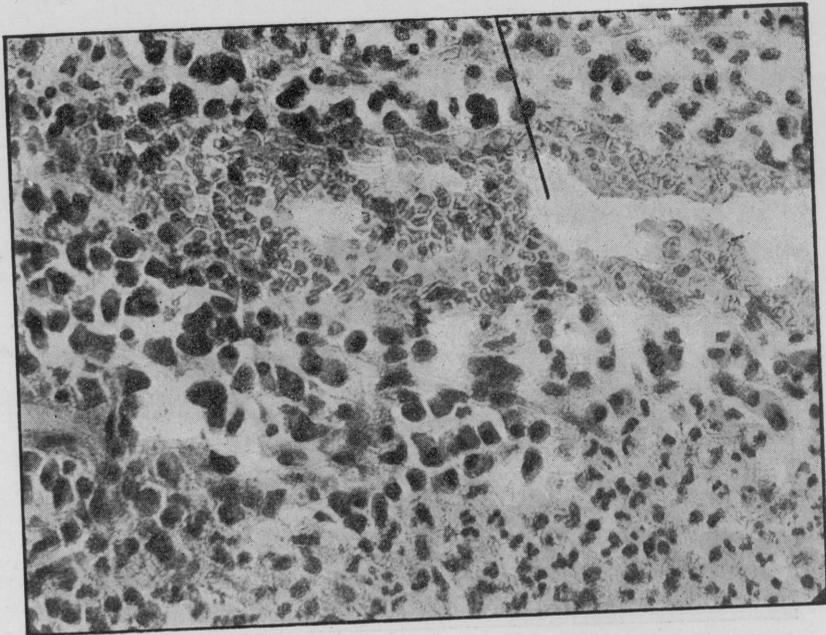
Microf. 1



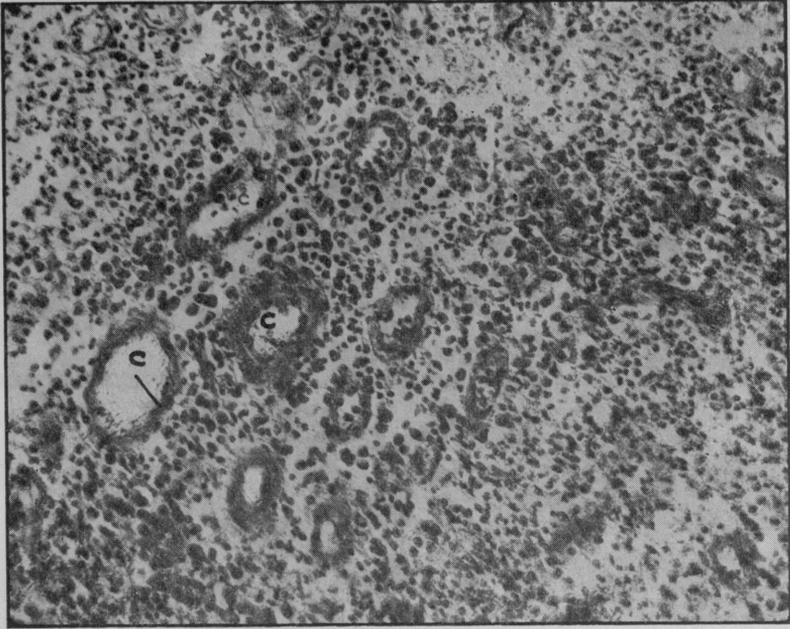
Corte de una vegetación de la región inguinal.
Tejido de granulación fuertemente infiltrado de leucocitos, células redondas, plasmazellen y numerosos capilares sanguíneos.

Microf. 2

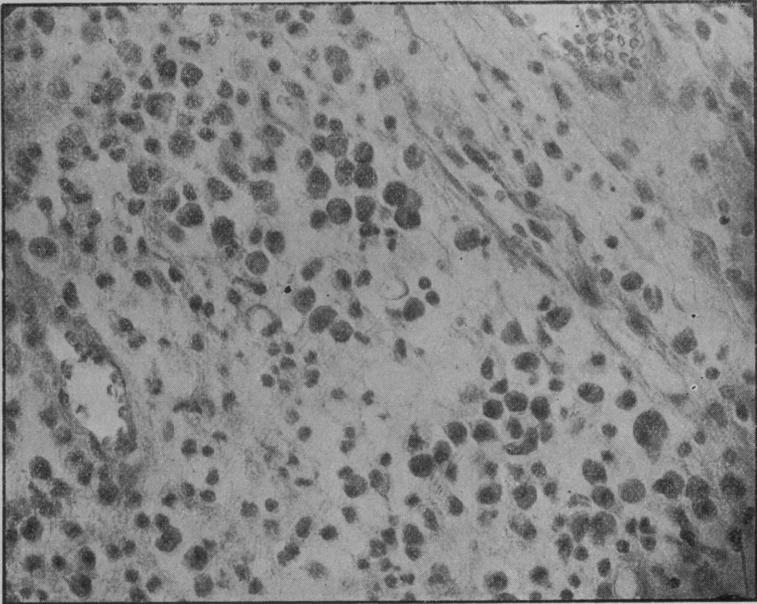
(c)



Fuerte infiltración de plasmazellen alrededor de un capilar sanguíneo (c).



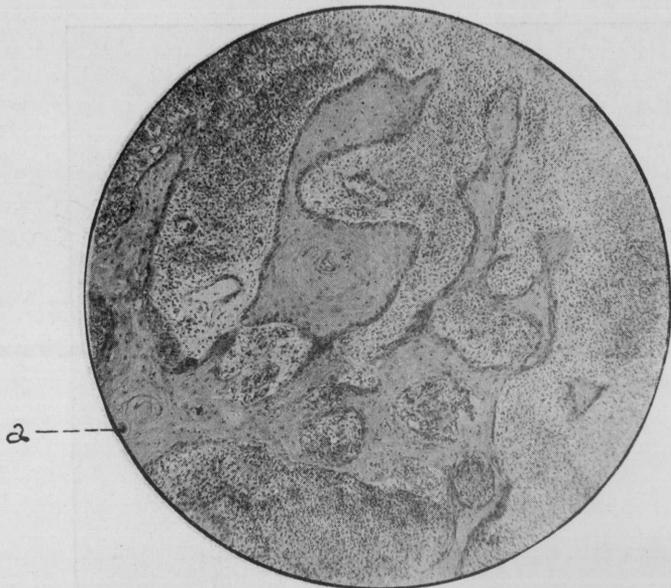
Tejido de granulación con abundantes capilares sanguíneos con sus paredes espesadas y rodeadas por leucocitos, pero en algunos predominan los plasmazellen (c)



Preparado de la región escrotal. Infiltración a predominio de plasmazellen.

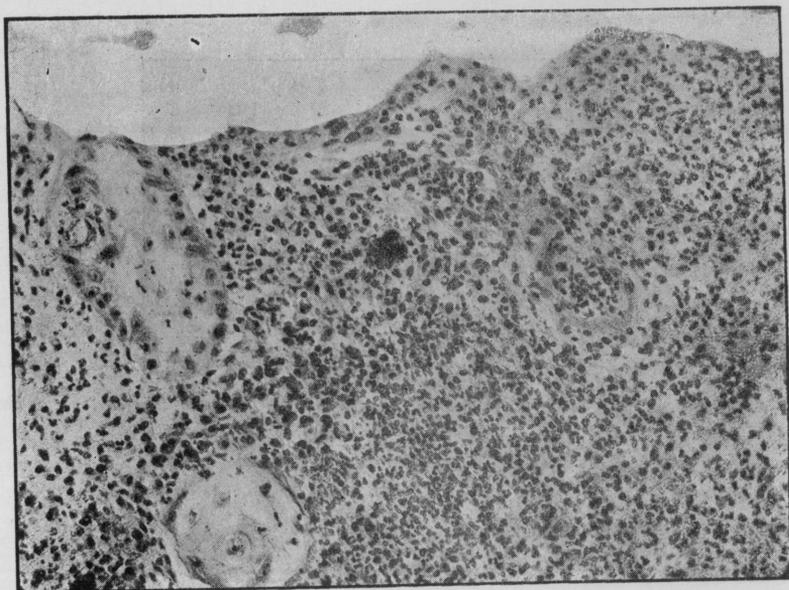


Microf. 5



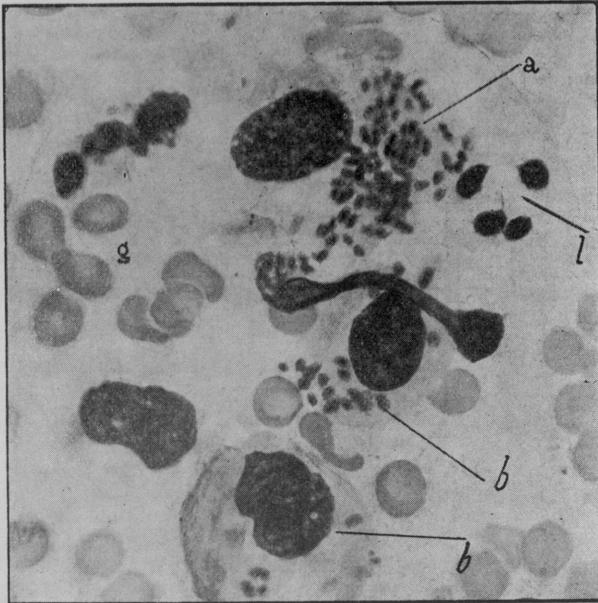
Preparado del borde de la ulceración inguinal. Prolongamientos epiteliales que parten de la epidermis espesada (a) y que se ramifican en el tejido granulomatoso y que conservan el estractum granuloso y lucidum.

Microf. 6



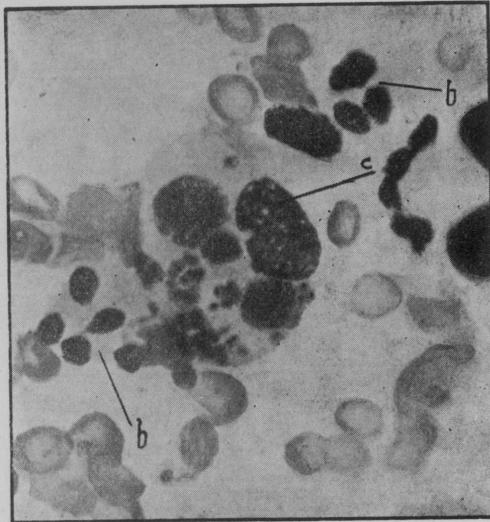
Preparado de la región perineal. Descamación total del tejido epidérmico. Entre el tejido granulomatoso se ven algunos brotes epiteliales con sus elementos cornificados

Microf. 7



Preparado de frotis de tejido de la región inguinal. Numerosos bacterios encapsulados (calimato granulomatis) libres (a) e intracelulares (b), leucocito polinuclear (l) y glóbulos rojos (g).

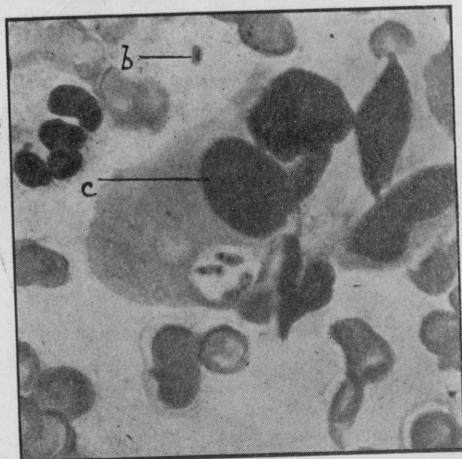
Microf. 8



(c) Célula conjuntiva con seis zoogloes del bacilo calimato granulomatis en un frotis. (b) Leucocitos polinucleares.



Microf. 9



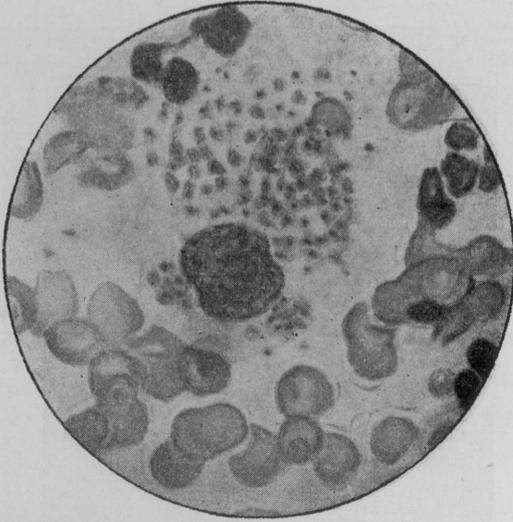
(c) Célula conjuntiva con cuatro bacterios tipo diplococo encapsulados, incluidos en el protoplasma, donde forman una zona quística que se llena por multiplicación endocelular. (b) Dipocloco encapsulado libre. (Frottis de la porción perineal).

Microf. 10



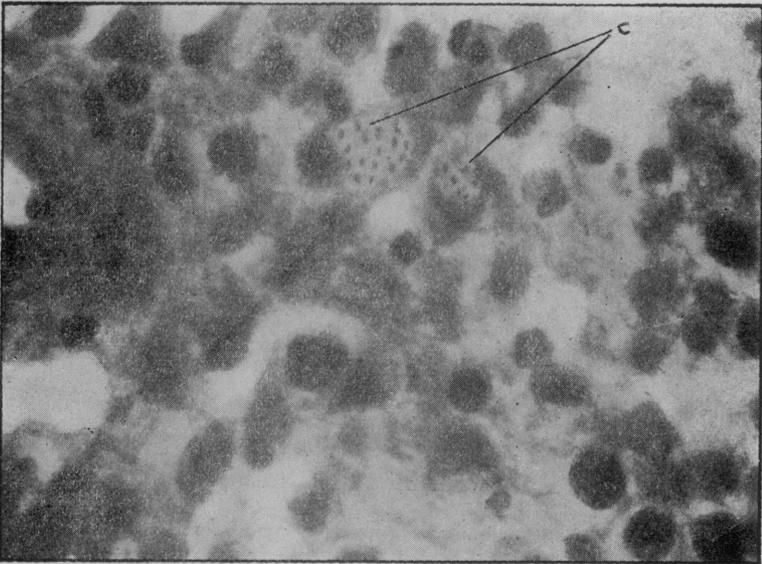
Célula conjuntiva aumentada de tamaño con tres zonas quísticas, conteniendo el bacilo encapsulado. (Del frottis anterior).

Microf. 11



Célula conjuntiva con numerosos bacilos encapsulados, con disgregación del protoplasma. (Del frottis anterior).

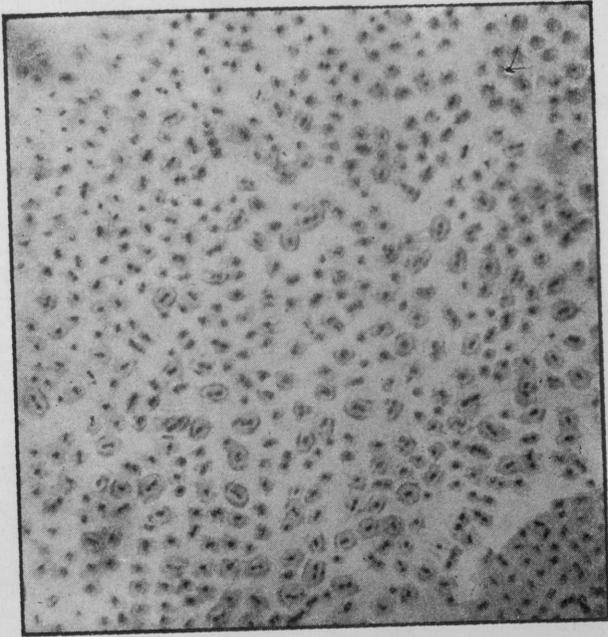
Microf. 12



Preparado histológico de la región inguinal. (c) Células conjuntivas con el bact. encapsulado.

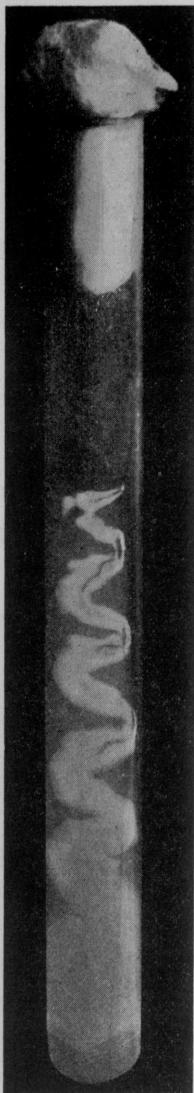


Microf. 13



Preparado de un cultivo en agar del bact. callimatis granulomatis.

Fot. I



Cultivo en agar simple del bac. encapsulado aislado.
A las 48 horas.

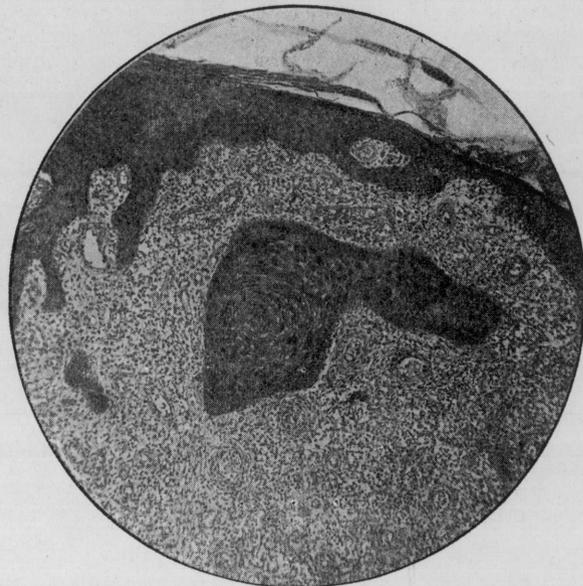


Fot. 2



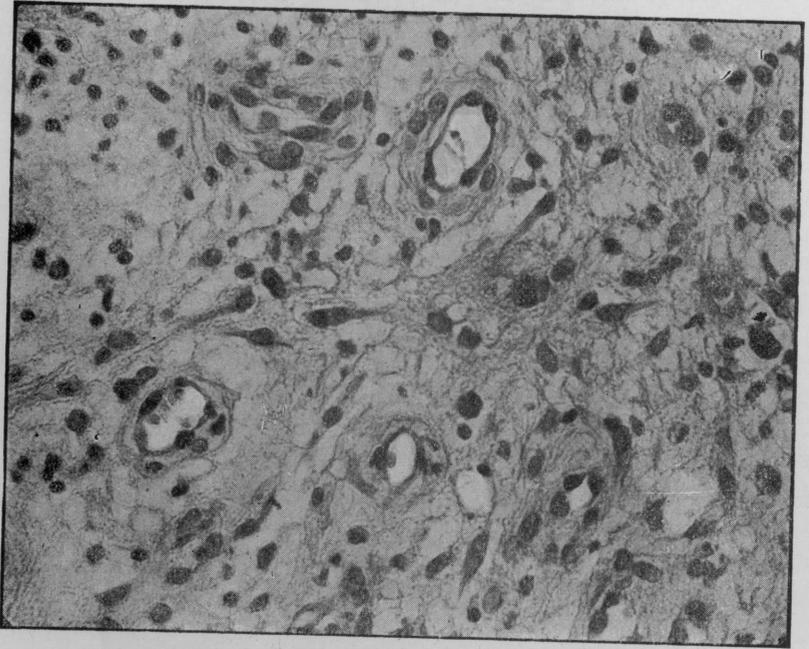
Cultivo en placa de agar simple - 48 horas.
Colonias redondeadas blancas, gelatinosas y proeminentes.

Microf. 14



Biopsia de la lesión después de 20 inyecciones de tártaro emético. Regeneración epitelial.

Microf. 15



Del preparado anterior.
Evolución del tejido granulomatoso. Capilares sanguíneos con paredes espesadas por
neoformación conjuntiva. Numerosos fibroblastos.



Buenos Aires, Octubre 15 de 1917

Nómbrese al señor Académico Dr. Baldomero Sommer, al profesor extraordinario Dr. Maximiliano Aberastury y al profesor suplente Dr. Pedro Baliña, para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4° de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. BAZTERRICA.
J. A. Gabastou.

Buenos Aires, Noviembre 20 de 1917

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 3379 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA.
J. A. Gabastou.



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Para curar el granuloma venereo hay que combinar el tratamiento general con el local.

Baldomero Sommer.

II

Del empleo del tártaro emético: posología, indicaciones, contraindicaciones, acción terapéutica y acción tóxica.

Maximiliano Aberastury.

III

Objeciones a la especificidad del «calymmato-bacterium granulomatis» como agente causal del granuloma venéreo.

Pedro L. Balña.

30538

